



Ingela Björklund

Samband mellan patientens symtomlindring och tillfredsställelse med behandlingen vid kognitiv beteendeterapi

The correlation between symptom reduction and satisfaction with treatment in cognitive behavioral therapy

Examensarbete för Psykoterapeutprogrammet i
Kognitiv och beteendearbetad psykoterapi
90 högskolepoäng

Vårterminen 2014
Handledare: Anders Hammarberg
Examinator: Torsten Norlander

Sammanfattning

Studiens syfte har varit att granska om det föreligger något samband mellan självskattad symtomlindring av ångest och depression och tillfredsställelse med behandlingen vid kognitiv beteendeterapi. Syftet har även varit att se om patienterna symtom minskat under behandlingen med självskattningsmätningar före och efter behandling. Ångestsymtom har skattats med BAI och depressionssymtom med BDI II. Kundtillfredsställelsen med behandlingen har mätts med CSQ-8. Behandlingarna har genomförts av studenter på psykoterapeutprogrammet och patienterna har funnits på skilda kliniker: primärvård, habilitering, vuxen- och barnpsykiatri. Patienterna studeras som helhet samt i grupper av de som erhållit diagnosen depression respektive de som erhållit någon form av ångestdiagnos. Signifikanta förbättringar uppnåddes för samtliga grupper avseende symtomlindring mätt via självskattning på BDI II och BAI vid före respektive eftermätningar. Inget samband förelåg mellan tillfredsställelse med behandling och behandlingsutfall i någon av grupperna.

Nyckelord: Kognitiv Beteendeterapi, symtomlindring, tillfredsställelse med behandling

Abstract

Purpose of the study was to examine whether there is any correlation between self-rated symptom relief from anxiety and depression and satisfaction with treatment in cognitive behaviour therapy. Another purpose was to see if the patients symptoms decreased during treatment. This was studies with self-assessment measurements before and after treatment. Anxiety symptoms have been overestimated by BAI and depression symptoms with the BDI II. Satisfaction with treatment was measured by the CSQ-8. The study was conducted among students in the psychotherapeutic program and the patients have been on different clinics: primary care, rehabilitation services, adult and child psychiatry. Patients were studied as a whole and in groups of those who received a diagnosis of depression and those who have received some kind of anxiety diagnosis. Significant improvements were achieved for all groups regarding symptom relief as measured by self-assessment on the BDI II and BAI at the before and after measurements. No correlation was found between the experience of satisfaction with treatment, and treatment outcome in either group.

Key words: Cognitive Behaviour therapy, treatment satisfaction, symptomreduction

Förord

Jag vill tacka min handlare Ander Hammarberg för värdfulla råd, hjälp och handledning vid genomförande av denna studie och uppsats. Tack för att du delat med dig av din kunskap och din tid!

Jag vill också tacka min familj främst min man Patrik, för tålamod med mig alla de timmar jag avvikit från familjelivet och suttit framför datorn istället. Tack Patrik, utan din hjälp och ditt stöd hade detta inte varit möjligt att genomföra! Tack också Adrian, Oliver och Stella för att ni låtit mig sitta och skriva och accepterat att jag inte alltid varit en så närvarande mamma.

Inledning

Att veta hur nöjd en kund är med den vara eller tjänst som köps är något som ökat i intresse de senare åren, allt fler företag talar om vikten av att kunden och kundens krav är i fokus för verksamheten (Söderlund, 1997). För en leverantör har det inte längre räckt med att produkten är såld utan för att kunna utveckla produkter som kunder vill ha har det varit nödvändigt att ta reda på vad kunden tycker är bra respektive dåligt. Detta har även påverkat utvecklingen inom offentliga sektorn som ofta försöker överta verksamhetsformer från den privata markanden (Söderlund, 1997). Sedan 1970-talet har det utvecklats flera metoder för att mäta hur nöjd en patient är med den vård som den erhållits (Larsen, Attkisson, Hargreaves, & Nguyen, 1979; Oei & Shuttlewood, 1999). Flera olika sätt för att ta reda på kundtillfredställelse har använts tex. telefonintervjuer, att rakt ut fråga patienten och enkäter (Söderlund, 1997).

Enligt Söderlund (1997) kan en förklaring till det ökade intresset för kundtillfredställelse bero på att antas finnas ett samband mellan kundtillfredställelse och att kunder återkommer och även rekommenderar varan/tjänsten till andra. Även inom psykoterapi har intresset för kundtillfredställelse ökat, kanske för att det idag finns flertalet behandlingsmetoder att välja bland och varje behandlingsmetod har intresse av att vissa upp kundtillfredställelse med just sin egen behandlingsmetod.

En fråga som uppstått inom psykoterapiforskning är dock om kundtillfredställelse är det samma som att patienten får minskade symtom eller om en patient kan vara nöjd med sin behandling även om dennes symtom kvarstår och det är andra aspekter med behandlingen som patienten är nöjd med än att hon blivit av med sina symtom (Donker et. al., 2013). En vanlig form av psykoterapi som visat goda behandlingsresultat för både ångeststörningar och depressionstörning är Kognitiv Beteende Terapi (KBT) (Socialstyrelsen, 2010)

Utifrån detta är syftet med denna studie att titta på minskade symtom vid depression och ångest när patienten erhållit kognitiv beteendeterapi och om det finns något samband med en högre grad av kundtillfredställelse och symtomlindring.

Att mäta kundtillfredställelse

Ett instrument utvecklat för att mäta patientens tillfredställelse med den erhållna behandlingen är Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) utvecklat av Larsen et. al. (1979). Skalan är tänkt att användas för att mäta kundtillfredställelse inom hälso- och sjukvård, social

service samt kommunal service. Skalan är utformad för att kunna användas i flera kliniska miljöer, tex. både öppenvård och slutenvård (Attkisson & Zwick, 1982). Den finns i flera olika varianter med mellan 3-18 frågor och är översatt till ett flertal olika språk (Attkisson, 2012)

Det har också blivit använt och validerat i så skilda områden som för att mäta kvinnors kundtillfredställelse vid förlossning (Matsubara et. al, 2013), bland holländska drogmissbrukare (De Wilde & Hendriks, 2005) och inom psykoterapi (Attkisson & Zwick, 1982). I en studie, genomförd av Attkisson och Zwick (1982), konstateras att skalan CSQ-8 är likvärdig med skalan med 18 frågor (SCQ-18) vilket indikerar att skalan med 8 items kan vara att föredra.

En annan skala som utvecklats för att mäta nöjdheten med psykoterapi är ”Satisfaction with Therapy and Therapist Scale” (Oei & Shuttlewood, 1999). Denna skala mäter både patientens tillfredställelse med terapin respektive terapeuten

Kundtillfredställelse och psykoterapi

En jämförelse mellan patienter som erhållit KBT behandling och personer som erhållit Interpersonell psykoterapi (IPT) har indikerat en större kundtillfredställelse hos dem som erhöll KBT behandling trots att båda grupperna uppvisat liknande symtomlindring avseende depressiva symtom (Donker et. al., 2013). Denna studie genomfördes bland deprimerade och att just IPT jämfördes med KBT är utifrån att båda behandlingsformerna uppvisat liknande resultat vid tidigare studier vid behandling av depressioner (Donker et. al., 2013). Av de personer som slutförde behandlingen eller delar var den var de som erhöll KBT behandling mer nöjda med sin behandling och skillnaden var signifikant säkerställd. En jämförelse av gruppernas symtomlindring (mätt med Center for epidemiological studies depression scale – CES-D) indikerade ingen signifikant skillnad mellan grupperna. Enligt Donker et. al. (2013) kan detta bero på att KBT är en vedertagen behandlingsform på internet vilket kan ha lett till ett mer ifrågasättande förhållningssätt bland de som tilldelats IPT behandling.

Inte heller Lunnen, Ogles och Pappas (2008) fann något samband mellan tillfredställelse och symtomlindring. Här skattade 66 patienter på ett mentalhäsocenter sin tillfredställelse via CSQ-8. Symtomlindringen mättes med Outcome Questionnari men skattades även av terapeuten och närstående till patienten. Däremot förelåg ett samband mellan funktionen och tillfredställelsen med behandlingen när funktionen skattades av både av personen själv och av närstående.

Emellertid finns även studier där kundtillfredställelse skattats och jämförts med symtomreduktion vid psykoterapi och där studien indikerat att en större kundtillfredställelse varit associerat med större symtomlindring. Ett exempel på detta är en studie av Attkisson och Zwick (1982) där patienterna via självskattningsformuläret Client Checklist skattade hur de upplevt den vård de erhållit. Patientunderlaget bestod av 43 personer som varit på psykiatrisk mottaning. I studien framkommer inte vilken form av behandling som erbjudits. Signifikanta skillnader uppnådes via jämförelsen av förändring på Client Checklist jämfört med CSQ-8 och CSQ-18 där en större skattad symtomlindring ledde till högre skattningar avseende kundtillfredställelse.

Även Fortune, Gracey, Burke och Rawson (2005) rapporterar från en studie där öppenvård och slutenvårdspatienter jämförts att öppenvårdspatienterna upplevde en snabbare förbättring med avseende på psykiatriska symtom samt att de var mer nöjda med den vård de erhållit. I denna studie används CSQ-8 som instrument för att mäta kundtillfredställelsen. I denna studie ingick totalt 52 personer och symtomlindring mättes BAI, BDI och Brief Symptom Inventory (BSI). Behandlingen som erhöles vid både öppenvård och slutenvård var KBT.

I en studie där psykologstudenter är behandlare (Öst, Karlstedt & Widen, 2012) uppvisades överlag en stor tillfredställelse med behandlingen (mätt med CSQ-8). Totalt ingick 497 patienter med flera olika ångeststörningar (tex. specifk fobi, social fobi, panikångest, GAD, OCS och PTSD) i en studie som pågick i 8 år. En signifikant korrelation förelåg mellan förändring på skalor som CSR (ADIS intervju), Social Interaction Anxiety Scale (SIAS), Social Phobia Scale (SPS) och Agoraphobia Scale (AS). Övriga symtomspecifika skalor visade inget samband och ingen korrelationstestning genomfördes på den mer övergripande ångestskalan BAI.

En studie utförd bland psykologstudenter vid Lunds universitet jämförde behandlingsformerna KBT och IPT (Löof & Rosendahl, 2010). I denna studie deltog totalt 71 patienter. Här uppvisades liknande symtomlindring vid båda behandlingsformerna mätt med SCL -90. Ett svagt samband uppvisades mellan kundtillfredställelse (mätt med CSQ-8) och behandlingsutfall.

Kognitiv Beteendeterapi

KBT en behandlingsform som bygger på inläringsteori och kognitiv teori (Westbrook, Kennerley and Kirk, 2007). Behandlingen inleds med att en konceptualisering (Kuyken, Padesky, & Dudley, 2009) eller beteendeanalys (Linton, Bergbom & Landström

Flink, 2013) genomförs. Enligt Linton et. al (2013) och Kuyken et. al. (2009) är syftet med denna fas att få en så tydlig bild som möjligt över patientens problem, svårigheter och mål med behandlingen. Under denna fas används ofta skattningsformulär såsom exempelvis Beck Depression Inventory (BDI) och Beck Anxiety Inventory (BAI). Syftet med att använda självskattningsformulär är för att få en bild över hur patienten själv skattar och uppfattar sina problem. Detta ger också data som är lätta att jämföra med en förnyad skattning senare under behandlingen och vid avslut av behandlingen. Att jämföra dessa data ger en bild över vilken symtomlindring som patienten skattar.

KBT är en behandlingsform som innefattar en rad olika behandlingsinterventioner men gemensamt för dem alla är att de strävar efter att uppnå nya erfarenheter för patienten genom tex. nya beteenden eller tankesätt och att de nya erfarenheterna i sig kan leda till en förändring. Av denna anledning är hemuppgifter en central del i KBT behandling. I behandlingen betonas teamarbetet mellan både terapeut och patient vilket gör att båda parter behöver delta aktivt i en behandling och gemensamt sträva mot de mål som satts upp för behandlingen. Fokus är nuläget för patienten och inkluderar både tankar, känslor, beteende, kroppssensationer och situationsspecifika variabler (Kåver, 2006).

KBT har senare år utvecklats med en hel del nyare inslag såsom acceptans och medveten närvaro. Gemensamt för KBTs behandlingsformer är att de har stöd i vetenskaplig forskning och att det kan förklaras utifrån grundmodellerna utifrån inlärningsteori och kognitiv teori (Kåver, 2006).

Depression

Diagnostisering av depression i Sverige sker vanligen utifrån DSM IV eller ICD 10. För att erhålla diagnosen egentlig depression enligt DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) ska personen bla. uppleva nedstämdhet större delen av dagen eller förlust av tidigare intressen samt några av följande symtom: betydande viktnedgång, sömnstörning, tankar på döden, psykomotorisk hämningen eller agitation, svaghetskänsla eller brist på energi, känslor av värdelöshet eller obefogade skuldkänslor.

Olika studier har visat på olika prevalens. Enligt DSM IV (American Psychiatric Association, 1994) så föreligger en livstids prevalens hos kvinnor på mellan 10-25% och hos män på 5-12%. Depression orsakar mycket lidande för den drabbade och dess omgivning och dessutom kan depressioner leda till sjukskrivningar, inläggningar på sjukhus och suicid. Det är därför angeläget att depression behandlas.

Det finns många teorier kring orsak till depression. Exempel på antaganden som utveckling av depression hos personer som arbetar med KBT är antaganden om att depression kan orsakas genom negativt tänkande (Beck & Alford, 2009) samt genom brist på positiv förstärkning (Martell, Dimidjian & Herman-Dunn, 2010). Beck & Alford (2009) påtalar att den kognitiva delen av depression är lite undersökt men att det finns en studie som tyder på att det kognitiva perspektivet är viktigt för att förstå kroniska och icke kroniska former av depression.

KBT och depressionsbehandling

År 2010 utkom socialstyrelsen med riktlinjer för behandling av depression och ångestsyndrom i skriften: Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom. För vuxna rekommenderas KBT vid lindrig och medelsvår egentlig depression. Utifrån denna skrift går dock inte att utröna vilka behandlingsmetoder inom KBT som varit verksamma.

KBT vid depression kan innefatta ett flertal olika behandlingsinterventioner som stammar ur de olika traditionerna av kognitiv terapi och beteendeterapi. Ur den kognitiva skolbildningen har behandlingsinterventioner såsom neutralisering/ifrågasättande av negativa automatiska tankar, angripa grundantagande varit vanliga (Beck & Alford, 2009). Från den beteendeterapeutiska skolbildningen kommer behandlingsinterventioner såsom beteendeaktivering och problemlösning (Martell et. al., 2010). Numer kombineras behandlingarna ofta i KBT. Även nyare behandlingsinterventioner att behandla depression med har blivit allt vanligare såsom angripande av grubbeltankar, mindfulness och Acceptans and Comittment Therapy, ACT, (Kåver, 2006).

Ångest

Diagnostisering av ångeststörningar i Sverige sker vanligen utifrån DSM IV eller ICD 10. Det finns ett flertal olika ångeststörningar såsom social fobi, generaliserat ångestsyndrom och paniksyndrom med eller utan agorafobi, specifik fobi, tvångssyndrom och posttraumatiskt stressyndrom (American Psychiatric Association, 1994). Men ångest är även ett vanlig förekommande symtom vid andra psykiska störningar såsom tex. depression (Beck & Alford, 2009). Gemensamt för ångeststörning är att rädsla aktiveras i syfte att upptäcka och undvika fara (Clark & Beck, 2010).

Enligt Barlow uppfyller 2%-6% av befolkning kriterierna för paniksyndrom men ångestattacker är vanliga även vid andra ångest och känslomässiga störningar. På ett år beräknas ungefär 10%-12% av befolkningen ha upplevt en ångestattack (Barlow, 1993).

Enligt Socialstyrelsen kommer ungefär 25% av befolkningen någon gång under sin livstid att uppfylla kriterierna för en ångestdiagnos (Socialstyrelsen, 2010).

KBT och ångestbehandling

I socialstyrelsens riktlinjer som utkom 2010 rekommenderas KBT vid bla. Social fobi, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, tvångssyndrom samt specifika fobier. Liksom vid depression framkommer inte vilka behandlingsinterventioner som är effektiva. Vanliga behandlingsinslag vid ångest är dock exponering, psykoeducation och att bryta säkerhetsbeteenden och beteendexperiment (Barlow, 1993; Clark & Beck, 2010). En nyare behandlingsform inom ångestområdet avseende ångest är Unified Protocol som är en diagnosöverskridande behandlingsform (Barlow, 2013).

Komorbidity

Vid ångeststörningar är det mycket vanligt med komorbidity både med andra ångeststörningar och andra axel 1 störningar. Gällande komorbidity mellan ångest och depression har siffror så höga som 76% rapporterats gällande diagnoser som erhållits någon gång i livet (Clark & Beck, 2010). Både inslag av nedstämmhet och inslag av ångest är vanliga vad alla axel 1 diagnoser varför skattningar på BAI och BDI kan ge höga siffror utan att en depression eller ångestdiagnos ställts (Barlow, 1993).

Slutsats

Ett fåtal studier har gått att finna som använt sig av CSQ-8 och studerat samband med symtomlindring. Bland dessa har resultaten varit motstridiga. Vissa studier har visat att samband föreligger mellan kundtillfredsställelse och symtomlindring medan andra visat motsatsen. Samantaget har dock fler studier funnits som visar på ett visst samband mellan symtomlindring och hög CSQ-8 skattning.

Syfte

Syftet med denna studie är att se om det finns något samband mellan hur nöjda samtliga patienter i studien är med sin behandling samt hur nöjda patienter med depressions- respektive ångestproblematik uppger sig vara med sin behandling. Syftet är också att granska hur de självskattade depressions- och ångestsymtomen har förändrats.

Frågeställning

Har någon förändring skett i symtom mätt med BDI och BAI hos samtliga patienterna i studien vid jämförelse av skattningar före och efter behandling?

Har någon förändring skett i BDI-poäng hos de deprimerade patienterna vid jämförelse av skattningar före och efter behandling?

Har någon förändring skett i BAI-poäng hos ångestpatienterna vid jämförelse av skattningar före och efter behandling?

Finns det bland samtliga patienter i underlaget att ett samband mellan förändring av depressionssymtom och kundtillfredställelse vid KBT behandling?

Finns det bland de patienter som diagnostiserats med depression ett samband mellan förändring i depressionssymtom och kundtillfredställelse vid KBT behandling?

Finns det bland samtliga patienter i underlaget ett samband mellan förändring i ångestsymtom och kundtillfredställelse vid KBT behandling?

Finns det bland de patienter som diagnostiserats med en ångeststörning ett samband mellan förändring av ångestsymtom och kundtillfredställelse vid KBT behandling.

Hypotes

Utifrån genomgång av forskningsläget finns enbart ett fåtal studier som studerat sambandet mellan kundtillfredställelse och självskattad symtomlindring. Utifrån dessa studier ställs dock hypotesen om att ett visst samband dock svagt skulle kunna finnas mellan självskattad symtomlindring och kundtillfredställelse på så sätt att en ökad kundtillfredställelse föreligger när patienten upplever större symtomlindring. Gällande behandlingsresultat har flera studier såväl visat på goda resultat för KBT behandling, varför hypotesen ställs att patienterna kommer erhålla förbättrade skattningar, dvs minskade symtom, på BAI och BDI.

Metod

Deltagare

Studiens målgrupp var samtliga patienter som gick i psykoterapi hos studenter vid psykoterapeutprogrammet i Linköping under perioden våren 2012-våren 2013.

Målgruppen totala storlek var 69 patienter beräknat på 3 patienter per behandlare och sammanlagt 23 behandlare. Data från patienterna har samlats i en databas. Inlämnade behandlingsrapporter vid det datum då databasen infördes var dock enbart 52 personer, 43 kvinnor och 9 män. Bortfall beror dels på att behandlingar inte kunnat slutföras i tid och i något fall på att psykoterapeutstuderande inte lämnat in fallrapport med tillhörande skattningsskalor i tid, dvs bortfall berodde i detta läge inte på patienterna. Det kan finnas potentiella patienter som tackat nej till att bli utbildningspatienter vilket inte är känt.

Genomförande

Psykoterapeutstudenter vid psykoterapeutprogrammet i Linköping som drivs av Evidens har tillfrågat möjliga patienter om de velat vara utbildningspatienter. Har personen samtyckt till att bli utbildningspatient har patienten fått fylla i godkännande både för filmning av psykoterapisesessionerna och för att dennes ifyllda formulär används till uppsatser skrivna av psykoterapeutstudenterna. De formulär som patienterna fått fylla i är: BDI, BAI, Hopplöshetesskalan, Dysfunktional Attitude Scale (DAS), Rosenberg Selfesteem, Satisfaction with life scale samt ”stjärnbilden”. Dessa formulär har fyllts i av klienten innan behandlingen börjat samt vid behandlingens slut. Vid vissa av behandlingarna har även skattning skett efter 8 veckor. Dessa skattningar lämnas dock utan påseende i denna studie. Vid behandlingens slut har patienten därutöver fått fylla i formulär CSQ-8. Patienterna har även fått diagnos enligt DSM IV (APA, 1994) av den behandlare de träffat.

Datainsamlingen har pågått under våren 2012-sommaren 2013.

Databearbetning

De patienter som valts ut som deltagande i denna studie är de som fyllt i BDI och/eller BAI vid minst två tillfällen och dessutom fyllt i formulär CSQ-8 vid behandlingens slut. Data har registerats i en databas i statistikprogram SPSS och utifrån detta har analyser gjorts. Databearbetningen har skett i tre steg. Inledningsvis skedde en sammanställning över de patienter som deltagit i studien gällande deskriptiv statistik där min och max värden, frekvens, medelvärde och standardavvikale undersöktes. I steg två granskades förändringar i självskattningar på BAI och BDI genom T-test. Slutligen i steg tre undersöktes korrelationen

mellan BAI-poäng respektive BDI-poäng och CSQ-8 genom Pearsons Korrelationstestning. Skillnader betraktades som statistiskt signifikanta vid $p < 0,05$.

Mätinstrument/Skattningar

För att mäta patientens symtom lindring, jämfördes skattningar före och efter behandlingen på självskattningsformulär BDI och BAI. Dessa formulär gavs till samtliga deltagare. Formulären fylldes vanligen i av patienten själv utan att behandlare var närvarande, ofta i form av hemuppgift. För att mäta tillfredsställelse med erhållen psykoterapi erhöll patienten vid behandlings slut formuläret CSQ-8. Hur detta administrerades varierade mellan de olika psykoterapeutstudenterna. Ibland lämnades formuläret direkt till terapeuten medan patienter vid andra tillfällen ombads att lämna in det till annan person än terapeuten.

Becks Depression Inventory (BDI). BDI (Beck et. al., 1961) är en självskattningsskala med 21 items där personen själv svarar på frågor associerade till depression tex. kring förlust av glädje, sömnförändringar och tankar om sig själv. De områden som berörs kan delas upp i somatiskt/affektiva och kognitiva. Denna grundversion har sedan reviderats och den upplaga som används ofta i dagsläget är version BDI II som tillkom efter det att DSM IV släppts och frågorna i formuläret behövde anpassas efter den i DSM IV rådande definitionen av depression. Denna version av BDI släpptes 1996. Patienten skattar själv på en skala från 0-3 där 0 indikerar lägsta graden av depressivitet och 3 högsta graden av depressivitet på respektive item. Gällande BDI II används cutoffter enligt följande: 0-13 minimal depression, 14-19 mild depression, 20-28 moderat depression och 29-63 grav depression.

De psykometriska aspekterna av grundversionen av BDI har studerats i flertalet studier och dessa har sammanställts av Beck, Steer och Garbin (1988) och tyder överlag på en hög grad av reliabilitet och validitet. BDI II har vid flera studier granskats utifrån reliabilitet och validitet tex. genomförde Dozois, Dobson och Ahnberg (1998) en psykometrisk utvärdering av BDI II där det framkom en högre grad av validitet jämfört med BDI.

Becks Anxiety Inventory (BAI). Beck Anxiety Inventory (BAI) är utvecklat av Beck, Brown, Epstein och Steer (1988) för att mäta hur mycket ångest en person upplevt under den senaste veckan.

En viktig del i utvecklande av Beck Anxiety Inventory (BAI) har varit att skilja ut ångest från depression. Därför fokuserar BAI på de fysiska, autonoma och kognitiva responserna vid ångest .

BAI är en självskattningsskala med 21 items där personer skattar hur mycket de under senaste veckan upplevt olika symtom där mellan ”inte alls (0) och väldigt mycket (3)”. Intervallet för skalan blir 0-63. En skattning mellan 0-7 är ett lågt värde, 8-15 tycker på lätt ångest, 16-25 måttlig ångest och 26-63 en upplevelse av stark ångest.

BAI har granskats vid flera studier med avseende på validitet och reliabilitet och uppvisat god psykometriska egenskaper (Beck et. al. 1998)

Client Satisfaction Questionnaire. Client Satisfaction Questionnaire (CSQ) finns utformat i flera olika varianter med olika mängd items (från 3 item CSQ-3 till 18 items CSQ-18) och är översatt till många olika språk (Attkisson, 2010). Syftet med formuläret är enligt Attkisson (2010) att mäta klientens tillfredställelse med behandlingen. Den mest förekommande varianten innehåller en 8 frågor lång skala – CSQ-8 – vilken även är den variant som används i denna studie. Formuläret beskrivs passa från ungdomsålder och uppåt liksom för föräldrar att skatta kundtillfredställelse avseende den vård deras barn erhållit. Tre items ska rättas omvänt. CSQ-8 innefattar 8 items som vart och ett rankas mellan 1-4 poäng vilket ger en maximal poäng på 32 och ett intervall på 8-32.

Tidigare studier har visat på en hög intern konsistens (Attkisson & Zwick, 1982). I denna studie används versionen CSQ-8 översatt till svenska (bilaga 5).

Definitioner/Operationalisering av termer

Depression: I denna studie används termen ”depression” för de patienter som behandlats för diagnosen depression och att personen därmed kodats med diagnosen depression i den databas som användes.

Ångeststörning: I denna studie används termen ”ångeststörning” för de patienter som behandlats för någon av ångestdiagnoserna panikångest, agorafobi, tvångssyndrom (OCD), generaliserad ångest, social fobi, ångest UNS och kodats enligt detta i den databas som använts.

Kundtillfredställelse/tillfredställelse med behandlingen: Med kundtillfredställelse/tillfredställelse med behandlingen avses i denna studie den skattning som personen gjort på formulär CSQ-8.

Symtomlindring innebär i denna studie den differens som uppstått på patientens skattningar på BDI respektive BAI mellan de olika mättillfällena. I denna studie har skattningar med BDI II använts.

Validitet

De skattningsformulär som använts BDI, BAI och CSQ-8 har alla testats med avseende på validitet och visat goda psykometriska egenskaper.

Reliabilitet

Designens reliabilitet torde styrkas av att urvalet av patienter blivit slumpmässigt utifrån vilka patienter som sökt vård vid det givna tillfället och tackat ja till att delta. Däremot har ingen bortfallsanalys genomförts då dessa patienter inte alls blivit aktuellt och medräknade i studien. Reliabiliteten kan ha påverkats negativt av att insamlingen av data genomförts av olika personer och därmed kan ha gjorts på olika sätt, tex. kan skalorna ha fyllts i antingen i sessionen eller hemma, samt helt utan terapeuten eller i samtal med terapeuten. Reliabiliteten på formulär CSQ-8 kan ha påverkats negativt då skalan i många fall lämnats till behandlaren vilket ha gjort att patienten gjort för positiva skattningar för att undvika att visa behandlaren ev. missnöje med behandlingen.

Etisk analys av metodvalet

Humanistiska-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (HSFR) (1994) ställer krav på att deltagarna ska vara informerade, att personen ska ha samtyckt, att personens konfidentialitet hålls, samt att materialet inte nyttjas till annat än vad som är avsett.

Vid genomförand av denna studie har eftersträvat att följa kraven genom att:

- Informationskravet tillgodoses genom att patienterna via ett förtryckt blad och beskriven information från den psykoterapistuderande fått veta att dennes insamlade data kan komma att används till och att patienterna fått veta att deltagandet är frivilligt.
- Samtyckeskravet tillgodoses genom att alla personer som deltar i studien gör det av fri vilja och själv har fått välja om de vill delta som patienter som psykoterapeutstudenter och därmed fylla i givna formulär eller om de inte vill delta.
- Konfidentialitetskravet tillgodoses genom att personuppgifter endast finns tillgängliga för den behandlare som bedrivit behandlingen. Vid insamlande av data har varje person erhållit ett nummer för att inte kunna kopplas samman med vilken behandlare som beskrivit psykoterapin. Kodnyckel för detta innehas endast av uppsatshandlaren.
- Nyttjandekravet tillgodoses genom att de inlämnade uppgifterna inte har använts till annat än uppsatser skrivna av de psykoterapistuderande.

Resultat

Biografiska data

Första syftet med denna studie är att studera hur självskattade depressions- och ångestsymtom har förändrats under behandlingstiden. Nästa syfte är att se om det finns något samband mellan kundtillfredsställelse och eventuell symtomlindring.

Sammantaget registrerades 52 personer i databasen (bilaga 1), 43 kvinnor och 9 män. Patienternas ålder sträckte sig mellan 16-57 år med ett medelvärde på 28,42 år. Bland de vuxna patienterna levde en något större andel i en relation jämfört med var ensamstående. Majoriteten hade någon form av slutförd utbildning efter grundskolan (av de vuxna deltagarna). Behandling skedde inom primärvård, vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och habilitering.

Tabell 1 här

Antalet terapiesessioner varierade mellan 3-18 med ett medelvärde på 11,85 sessioner. 41 (78,8%) personer fullföljde behandlingen medan 11 dvs. 21,2 % avbröt behandlingen i förtid. Av de 52 personer som deltog i studien hade 4 känd neuropsykiatrisk problematik. Patienterna har diagnostiserats med depression, maladaptiv stressreaktion samt flertalet ångeststörningar: GAD, Social fobi, Panikångest, Agorafobi, PTSD, OCD och Ångest UNS.

I tabell 2 (bilaga 2) visas vilken primär diagnos patienten bedömts ha samt för vilken diagnos denne behandlats. Flest personer i studien har behandlats för depression följt av GAD, social fobi och Ångest UNS . Fler personer har behandlats för GAD, Social fobi och Agora fobi men bedömts ha en annan primär diagnos.

Tabell 2 här

Förändring BDI, BAI samt skattning CSQ-8

I tabell 3 (bilaga 3) återfinns medelvärden för BDI-poäng respektive BAI-poäng före och efter behandling. Ett parat t-test för skillnaderna i BDI-poäng visade på att patienterna skattat signifikant lägre besvär efter behandlingen. För patientpopulationen som helhet gav detta t-värde 6,908 och frihetsgrader 44. Även parat t-test för de patienter som bedöms ha depression uppvisade signifikanta förbättringar, här uppgick t-värde till 3,624 och frihetsgrader till 13.

Ett parat t-test för skillnaderna i BAI-poäng visade på att patienterna skattat signifikant lägre BAI-poäng efter behandlingen. Även detta gällande för samtliga patienter såväl som de patienter som hade en ångestdiagnos. För hela patientpopulationen uppvisades t-värde 6,353 och frihetsgrader 43. För de patienter som erhållit ångestdiagnos uppvisades t-värde 5,544 och frihetsgrader 30.

Kundtillfredställelse mätt med CSQ-8 visade på en spridning mellan 13 och 32 skattade poäng och ett medelvärde på 27,7.

Tabell 3 här

Korrelation mellan självskattad symtomförbättring och CSQ-8

Korrelationstestning (pearsons r) utfördes för att se om det bland samtliga patienter i underlaget finns ett samband mellan förändring av depressionssymtom och kundtillfredställelse vid KBT behandling (se tabell 4, bilaga 4). Något samband mellan förändring av depressionssymtom och kundtillfredställelse har ej kunnat visas vid testning. Inte heller har något samband kunnat visas mellan minskning av ångestsymtom och kundtillfredställelse.

Eftersom BDI är ett vedertaget instrument att mäta depression utfördes samma testning enbart bland patienter som diagnostiserats med depression. Inte heller här fanns någon korrelation mellan symtomlindring och kundtillfredställelse.

BAI är vedertaget instrument för att mäta ångest och samma testning utfördes enbart bland dem som erhållit en ångestdiagnos. Någon korrelation förelåg inte heller här mellan självskattad symtomlindring enligt BAI och kundtillfredsställelse.

Tabell 4 här

Diskussion

Biografiska data och resultat

Resultaten i studien uppvisar signifikanta förbättringar för patienterna på självskattningar med både BAI och BDI. Detta gäller både patientpopulationen som helhet såväl som på BDI för de personer som har depression och på BAI för de som har en ångeststörning. Däremot har ingen korrelation kunnat visas mellan ovannämnda förbättringar och kundtillfredsställelse, dvs. de personer som uppvisat störst symtomlindring är inte de patienter som skattat högst poäng på kundtillfredsställelse.

En statistiskt säkerställd symtomlindring uppvisas bland patienterna i studien. Överlag har patienterna upplevt en stor symtomlindring både på BDI och BAI. Detta stämmer med andra liknande studier som granskat KBT vid ångest och depression (Öst, 2013). Testningar har även genomförts i denna studie med avseende på alla patienter och självskattad förbättring på BAI respektive BDI dvs. inte enbart på dem med ångest eller depressionsdiagnos. Även här föreligger signifikant förbättringar. Detta kan bero på att det föreligger en hög komorbiditet mellan ångest och depression (Clark & Beck, 2010; Öst, 2013). Detta skulle kunna leda till att även om patienten i första hand erhållit en ångestdiagnos kan depression finnas sekundärt och därmed kan minskade skattningar gällande depression minska när symtomen för ångest minskar.

I flera av de studier som granskats vid litteraturgenomgång har ett visst samband kunnat visas mellan kundtillfredsställelse och symtomlindring. Dock har detta inte påvisats i alla studier och inte heller i denna. Det är intressant att så inte är fallet då syftet med att söka terapi torde vara att bli av med sitt lidande avseende depression respektive ångest och att detta därmed borde påverka hur nöjd patienten därmed blir med sin behandling. Möjliga förklaringar till detta i denna studie skulle kunna vara att patienterna i denna studie är överlag mycket nöjda med sin behandling. Höga skattningar har givits i många fall med ett

medelvärde på 27 (även om ett intervall förkommit på skattningarna mellan 13-32). Eventuellt kan denna låga spridning tillsammans med relativt lågt antal patienter påverka resultatet. Det har dock i andra studier med höga CSQ-8 skattningar och få deltagare gått att utröna en korrelation mellan kundtillfredsställelse och symtomlindring (Attkisson & Zwick, 1982; Fortune et. al. 2005). Det är möjligt att användande av den 18 gradiga skalan, CSQ-18 (Attkisson, 2010) lättare skulle ha fångat små marginaler. Tidigare studier av Attkisson och Zwick (1982) har dock visat att skalorna ska vara jämbördiga.

Det är möjligt att en skala som skilt ut nöjdheten mellan terapeut och terapi givit andra resultat exempelvis ”Satisfaction with therapy and therapy scale” (Oei & Shuttlewood, 1999). En del av frågorna i denna skala är liknande de i CSQ-8 men det föreligger en skillnad i att den skattade bedömningen av terapi respektive terapeut sker var för sig. Oei & Shuttlewoods skala ger också en större indikation patientens upplevelse av allians. Allians mellan terapeut och behandlare har i flera studier visats påverka behandlingsutfallet (Falkeström, Granström & Holmqvist, 2013; Oei & Shuttlewood, 1999). Att se hur patienten upplevt alliansen blir inte tydligt genom att studera sammanlagde summan på CSQ-8. Det är möjligt att en granskning av viss specifika frågor på CSQ-8 skulle vara vägledande för hur patienten uppfattat alliansen tex. fråga 8 (se bilaga 4) men skalas fokus är främst på nöjdhet med psykoterapi och inte med behandlaren.

Inget samband syntes i denna studie på varken BDI eller BAI i förhållande till CSQ-8. Gällande BAI är detta en generell skala för ångest som i huvudsak mäter fysiska och kognitiva aspekter av ångest (Beck et. al., 1998). Det är möjligt att mer symtomspecifika skalor för ångest tex. Lebowitz anxiety scale (social fobi) och PSWQ (GAD) mer specifikt kunna fånga patientens lidande och därmed minskning av det faktiska lidande och därmed ge ett annat resultat. Så var fallet för Öst et. al. (2012) som använde sig av mer diagnosspecifika skalor. De fann samband mellan förbättring av socialfobi och agorafobi och kundtillfredsställelse (CSQ-8) när de mer symtomspecifika skalorna användes. Öst et. al (2012) upplevde dock även förbättring hos patienterna med ADIS. ADIS är en semistrukturerad intervju med frågor som i hög grad även är symtomspecifika kring olika ångeststörningar tillskillnad från BAI.

Att det inte föreligger något samband i denna studie mellan patientens tillfredsställelse med psykoterapi och minskade symptom på BDI respektive BAI kan indikera att andra variabler kan vara viktiga vid psykoterapi som inte fångas upp på dessa skalor. Möjliga tankar kring detta är att patienten har fått hjälpa att sätta ord på vad hon/han känner och upplever och fått hjälpa att få sina symptom normaliserade och begripliga. Det är också

möjligt att det är så att patienten upplevt förbättringar på andra områden som skulle ge ett större samband till exempel funktionsnivå. Detta har tidigare visats i en studie av Lunnen, Ogles & Pappas (2008) som fann samband med ökad funktionsnivå och nöjdhet med behandlingen men inte mellan kundtillfredsställelse och symtomlindring. I denna studie har förändring i funktionsnivå enbart gjorts med GAF/C-gas och inga testningar har genomförts som gör denna jämförelse.

Liksom i socialstyrelsen riktlinjer avseende depression och ångest (Socialstyrelsen, 2010) har vid denna studie inte skiljts ut vilka interventioner från KBT behandling som använts. Det är möjligt att detta också kan påverka hur nöjd patienten är med sin behandling. Exempelvis är det möjligt att tänka att vissa patienter föredrar mer beteendeariktade interventioner såsom exponering och beteendeaktivering men att dessa interventioner för andra skulle kunna vara skrämmande eller krävande. Likaså är det rimligt att anta att vissa patienter är tillfreds med mer kognitiva interventioner medan andra kan uppleva dessa som krångliga och svåra att förstå.

Studiens genomförande

Studiens frågeställningar anses ha blivit besvarande. Hypotesen om att behandlingen skulle vara effektiv och ge deltagarna minskade symtom bekräftades både för patienterna som helhet såväl som för dem med depression eller ångeststörning. Hypotesen om att det skulle föreligga ett samband mellan symtomlindring och kundtillfredsställelse kunde inte bekräftas.

Studien har ett antal begränsningar som kan ha påverkat utfallet. Studiens genomförande har i stort sett skett problemfritt på denna slutgiltiga nivå att sammanställa och tolka data. Vilka svårigheter som förelagat hos respektive behandlare går inte att utröna utifrån erhållna data. Det har också varit oklart hur de använda formulärens skulle administreras och presenteras för patienten. En del behandlare har låtit patienten fylla i formuläret i rummet med behandlaren närvarande, andra patienter har fyllt i formulärens som hemuppgift. Troligen kan detta i extra stor utsträckning påverka formuläret CSQ-8 då en del patienter kan uppleva det som känsligt att skatta sin behandling. En del behandlare har därför bett att få CSQ-8 inlämnat i ett förslutet kuvert och någon har bett att det sänds direkt till kursledningen. I de fall där CSQ-8 lämnats till eller fyllts i med behandlaren närvarande kan detta givetvis ha påverkat patienten så att denna skattat för höga siffror för att göra sin behandlare nöjd eller inte visa ev. missnöje. Att alla behandlare inte hanterat formulärens lika

kan ha påverkat studiens reliabilitet negativt kring alla mätningarna men kanske allra mest kring CSQ-8.

I den svenska översättning som används av CSQ-8 uppfattas ett svarsalternativ inte vara relevant översatt vid fråga 7 där frågan är ”Hur nöjd är du med den psykoterapi som du har fått” – och svarsalternativen är ”ja det hjälpte en hel del” respektive ”nej de tycktes göra saken värre”. Detta blir inte relevanta svar till frågan jämfört med engelska versionens utformning av fråga och svar där frågan lyder ”In an overall, general sense, how satisfied are you with the service you have received”? Och svarsalternativen är “very satisfied”, “mostly satisfied”, “indifferent or mildly dissatisfied” och “quite dissatisfied”. Den engelska versionen får ett svar som graderar hur nöjd kunden är medan svenska svaren ger alternativ kring hur hjälpt patient blev vilket redan tillfrågats i fråga 6.

Vidare forskning

Som påtalats ovan är det möjligt att resultatet påverkats av det låga antalet deltagande och att inte symtomspecifika skalor använts vid ångeststörningarna. Det skulle i framtida forskning vara intressant att använda sig av dessa variabler och se om det blir annat resultat vilket uppvisades av Öst, Karlstedt och Widen (2012). Det skulle även vara intressant att använda sig mer av funktionsskala tex. C-gas/GAF för att se om en allmän funktionshöjning som inte är symtomspecifik föreligger och gör patienten nöjd med behandlingen även om symtomen inte lindras vilket skett i studie av Lunnen, Ogles & Pappas (2008) som inte heller uppvisade korrelation mellan symtomlindring och kundtillfredställelse men mellan funktionshöjning och kundtillfredställelse.

Referenslista

- American Psychiatric Association. (1994). *Mini-D IV Diagnostiska kriterier enligt DSM IV*. Danderyd: Pilgrim Press
- Attkisson, C.C. (2010). CSQ Scales, Enhancing client satisfaction. Hämtad 14 mars, 2014.
Online via: <http://www.csqscales.com/>
- Attkisson, C.C., & Zwick., R. (1982). The Client satisfaction questionnaire: Psychometric properties and correlations with service utilization and psychotherapy outcome. *Evaluation and Programplanning*, 5, 233-237.
- Barlow, D. H. (1993). *Clinical Handbook of psychological disorders*. New York: Guilford Press
- Beck, A. T., & Alford, B. A. (2009). *Depression. Causes and Treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press
- Beck, A.T., Brown, G., Epstein, N., & Steer., R. A. (1988). An Inventory for measuring clinical anxiety: psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 893-897.
- Beck, A.T., Steer, R. A., & Garbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck depression inventory: twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An Inventory for measuring Depression. *Archives of Gen Psychiatry*, 4, 561-571.
- Clark, D. A., & Beck, A. R. (2010). *Cognitive Therapy of anxiety disorder. Science and Practice*. New York: Guilford Press.
- De Wilde, E.F., & Hendriks, V.M. (2005). The client satisfaction questionnaire: psychometric properties in a dutch addict population. *European Addication Researech*, 11, 157-162
- Donker, T., Bennet, K., Bennett, A., Mackinnon, A., van Straten, A., Cuiipers, P., Christensen, H., & Griffiths, K. (2013). Internet-Delivered interpersonal psychotherapy versus internet-delivered cognitive behavioral therapy for adults with depressive symptoms: Randomized controlled noninferiority trail. *Journal of Medical Internet Resasarch*, 15
- Dozois, D.J.A., Dobson, K.S., & Ahnberg, J.L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83-89.

- Falkeström, F., Granström, F., & Holmqvist, R. (2013). Therapeutic alliance predicts symptomatic improvement session by session. *Journal of Consulting Psychology, 60*, 317-318.
- Fortune, L., Gracey, D., Burke, M., & Rawson, D. (2005). The effect of service setting on treatment outcome: A comparison between cognitive behavioral approaches within primary and secondary care. *Journal of Mental Health, 0*, 1-16.
- Humanistisk-samhällsvetenskapliga forskningsrådet (1994). *Etik HSFR*. Uppsala: Ord och Form AB.
- Kuyken, W., Padesky, C. A., & Dudley, R. (2009). *Collaborative case conceptualization*. New York: Guilford press
- Kåver, A. (2006). KBT i utveckling. *En introduktion till Kognitiv beteendeterapi*. Stockholm: Natur och Kultur
- Larsen D.L., Attkinson C.C., Hargreaves W.A., & Nguyen T. D. (1979). Assesment of client/patient satisfaction: development of a general scale. *Evaluation and Programplanning, 2*, 197-207
- Linton, J. S., Bergbom, S., & Landström Flink I. (2013). *Beteendeanalys steg för steg*. Stockholm: Natur och Kultur.
- Lunnen, K.M., Ogels, B.M., & Papas, L.N. (2008). A muliperspective comparison of satisfaction, symptomatic change, percieved change and end-point functioning. *Professional Psychology: Reaserch and Practice, 39*, 145-152.
- Lööf, A & Rosendahl, V. (2010). Symtomförändring och tillfredställelse i samband med psykoterapi – en utvärderande och undersökande studie på utbildningspsykoterapimottagning. Lunds Universitet.
- Martel., C. R., Dimidjian, S., & Herman-Dunn, R. (2010). *Behavioral Activation for depression*. New York: Guilford Press.
- Matsubare, C., Green, J., Agstorga., Daya, E., Jervose, H. C., Gonzaga, E. M., & Jimba, M. (2013). *BMC Pregnancy and Childbirth, 17*.
- Oei, T.P.S., & Shuttlewood, G. J. (1999). Development of a Satisfaction with Therapy and Therapist Scale. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 33*, 748-753
- Socialstyrelsen (2010): *Nationella riktlinjer för vård vid depression och ångestsyndrom*.
Online via:
<http://www.socialstyrelsen.se/nationellariklinjerfordepressionochangest>
- Söderlund, M. (1997). *Den nöjda kunden. Kundtillfredställelse – orsaker och effekter*. Malmö: Liber Ekonomi

Westbrook, D., Kennerley, H., & Kirk, J. (1997). *An Introduction to Cognitive Behavior Therapy*. Great Britain: Sage Publication

Öst, L-G (red). (2013). *Beteendeterapi inom psykiatrin*. Stockholm: Natur och Kultur

Öst, L-G., Karlstedt, A., & Widén S. (2012). The effects of Cognitive Behavior Therapy Delivered by Students in a psychologist training program: An effectiveness Study. *Behavior Therapy*, 43, 60-176.

Bilaga 1

Tabell 1. Sammanställning över deltagare i studien, civilstånd, utbildningsnivå, medicinering för psykiska besvär och vårdgivare där patienten sökt behandling.

	Antal	%
Civilstånd		
Gift/sambo	17	32,7
Särbo	5	9,6
Ensamstående	19	36,5
Minderåriga	11	21,5
N	52	
Utbildningsnivå		
Grundskola	19*	36,5
Gymnasium	22	42,3
Universitet/ Högskola	10	19,2
N	51	
Vårdgivare		
Vuxenpsykiatri	17	32,7
Primärvård	21	40,4
Barnpsykiatri	13	25
Habilitering	1	1,9
N	52	
Medicinering Psykiska besvär		
Ja	28	53,8
Nej	24	46,2
N	52	

*I denna siffra är de ungdomar som ännu inte slutfört gymnasiet inkluderade.

Bilaga 2

Tabell 2. Spridning av diagnos med avseende på bedömd primär diagnos resp. behandlad diagnos.

Diagnos	Depression	GAD	Social fobi	Panikångest	Agora fobi	OCD	Malad. Stressr.	Ångest UNS	PTSD	N
Erhållen diagnos	21	3	6	2	2	3	3	9		49
Erhållit behandling för	14	10	8	3	4	1	3	8	1	52

Bilaga 3

Tabell 3. Medelvärde och standardavvikelse på BDI och BAI skattningar före och efter behandling samt t-testning av denna förändring samt skattning på CSQ-8.

	Före behandling				Efter behandling				
	N	Range	Medelvärde	Standardavv	N	Range	Medelvärde	Standaravv.	Signifik.
BDI	45	4-46	23,38	11,72	45	0-49	12,6	11,82	0,00*
BDI – Depr.	14		32,5	8,98	14		20,43	13,93	0,00*
BAI	44	4-50	25,39	10,97	44	0-54	14,82	12,39	0,00*
BAI – ångest	31		24,76	11,44	31		13,81	11,21	0,00*
CSQ-8					40	13-32	27,7	4,46	

*Signifikanta förbättringar på över $p < 0,05$ nivå

Bilaga 4

Tabell 4. Korrelationer mellan BDI/BAI för samtliga patienter respektive för de som erhållit ångest eller depressionsdiagnos.

	N	Pearson Correlation	Signifikansnivå
BDI – CSQ alla	38	-0,55	0,74
BDI – CSQ depression	11	-0,34	0,31
BAI – CSQ alla	37	0,04	0,98
BAI – CSQ ångeststörning	27	0,16	0,43

Kundtillfredställelse frågeformulär (CSQ-8)

Hjälp oss att förbättra vår kurs genom att svara på några frågor om den psykoterapi du har fått. Vi är intresserade av din ärliga åsikt, oavsett om de är positiva eller negativa. Vi välkomnar även dina kommentarer och förslag. Tack så mycket, vi uppskattar verkligen din hjälp.

Ringa in ditt var

1. Hur skulle du bedöma kvaliteten på den psykoterapi du fått?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Utmärkt	Bra	Ganska bra	Dålig

2. Fick du den hjälp du ville?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Nej, definitivt inte	Nej, egentligen inte	Ja, i allmänhet	Ja, definitivt

3. Har psykoterapin uppfyllt dina behov?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Nästan allt mina behov har uppfyllts	De flesta av mina behov uppfyllts	Endast ett fåtal av mina behov har uppfyllts	Inga av mina behov har uppfyllts

4. Om en vän var i behov av liknande hjälp, skulle ni rekommendera vårt program till honom/henne.

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Nej, definitivt inte	Nej, egentligen inte	Ja, i allmänhet	Ja, definitivt

Bilaga 5, sida 2

5. Upplever du att du har fått tillräckligt mycket hjälp?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Ganska missnöjd	Likgiltig eller missnöjd	Mest nöjd	Mycket nöjd

6. Har psykoterapin hjälpt dig att hantera dina problem mer effektivt?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Ja, de hjälpte en hel del	Ja, de hjälpte något	Nej, de hjälpte verkligen inte	Nej, tycktes gör saken värre

7. Hur nöjd är du sammantaget med den psykoterapin du har fått?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Ja, de hjälpte en hel del	Ja, de hjälpte något	Nej, de hjälpte verkligen inte	Nej, tycktes gör saken värre

8. Om du skulle behöva söka hjälp igen, skulle du komma tillbaka till din terapeut?

4	3	2	1
_____	_____	_____	_____
Ja, definitivt	Ja, i allmänhet	Nej, egentligen inte	Nej, definitivt inte