



LUNDS
UNIVERSITET

Institutionen för psykologi
Psykoterapeutprogrammet

**Tidiga avhopp vid erbjuden psykoterapi
hos studentterapeuter
- en kvalitetsutvecklingsstudie**

Louise Bayard Burfield

Psykoterapeutexamensuppsats. 2018

Handledare: Catharina Strid
Examinator: Håkan Johansson

Sammanfattning

Den här kvalitetsutvecklingsstudien på en utbildningsmottagning för blivande psykologer syftade till att undersöka om det fanns någon skillnad mellan de som tidigt hoppade av erbjuden psykoterapi och de som fortsatte behandlingen. Studien hade en kvasiexperimentell design utan randomisering eller kontrollgrupp. Deltagarna bestod av 519 kliner som sökt hjälp på Psykoterapimottagningen vid Lunds universitet under perioden 140901-161231. 79 klienter kom aldrig till erbjuden psykoterapi och 42 klienter hoppade av efter 1-5 sessioner. Alla som erbjudits psykoterapi, psykodynamisk terapi (PDT) eller kognitiv beteendeterapi (KBT), fyllde i flera skattningsformulär vid informationssamtalet. Självs kattad psykisk ohälsa mättes med CORE-OM och deltagarna besvarade också ett formulär med demografiska bakgrundsfrågor och frågor om motivation och tidigare erfarenhet av psykoterapi.

Studien fann en signifikant högre motivation för psykoterapi hos de som fullföljde fler än sex sessioner jämfört med de som hoppade av psykoterapin mellan session 1-5. Nästan en femtedel av de som erbjudits psykoterapi hoppade av före sjätte sessionen. Signifikant fler klienter som påbörjat PDT hoppade av än de som påbörjat KBT. Studiens begränsningar och förslag till vidare forskning kommer att diskuteras.

Nyckelord: Psykoterapi, Avhopp, Studentmottagning, Naturalistisk, Motivation, PDT, KBT, CORE-OM

Abstract

This quality development study at a training clinic for prospective psychologists aimed at investigating whether there is any difference between those who drop out from psychotherapy and those who continue treatment. The study had a quasi-experimental design without randomization or control group. The participants consisted of 519 clients who sought services at the Lund University Psychotherapy Clinic during the period 140901-161231. There were 79 clients who never showed up for psychotherapy and 42 clients who dropped out after 1-5 sessions. All those offered psychotherapy, psychodynamic therapy (PDT) or cognitive behavioral therapy (CBT) filled in several assessment forms at the initial evaluation. Self-assessed mental health was measured with CORE-OM, and participants also responded to a demographic background questionnaire and questions about motivation and previous experience of psychotherapy.

The study found a significantly higher motivation for psychotherapy among those who completed more than six sessions compared to those who dropped out of psychotherapy between sessions 1-5. Almost a fifth of those offered psychotherapy dropped out before the sixth session. Significantly more clients who started PDT dropped out than those who started CBT. The study's limitations and suggestions for further research will be discussed.

Keywords: Psychotherapy, Dropout, Training Clinic, Naturalistic, Motivation, PDT, CBT, CORE-OM

Inledning

Psykoterapier som bedrivs av studentterapeuter är ett etablerat inslag i utbildningar runtom i världen och har för avsikt att gynna såväl klienten som studenten. Studier i Norge och Sverige visar goda behandlingsresultat vid studentledda terapier (Ryum, Stiles & Vogel, 2007; Öst, Karlstedt & Widén, 2012). Det finns gedigen forskning som stödjer faktum att psykoterapi är en effektiv behandling för många psykiatriska tillstånd och att medelpatienten kommer att ha större nytta av psykoterapi än medicinsk behandling eller ingen behandling alls (Lambert, 2013). Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård av depression och ångestsyndrom rekommenderar psykoterapi, som visar högre evidens än behandling med psykofarmaka (Socialstyrelsen bilaga 2, 2017).

Psykoterapi innebär ett stort personligt insikts- och förändringsarbete som kräver god ångest- och frustrationstolerans tillsammans med motivation, förmåga till förändring och ansvarstagande för sitt liv. Det är således ett stort åtagande för såväl klienten som studenten att genomföra en psykoterapi och det är en vinst för bägge parter om man fullföljer behandlingen. Swift, Greenberg, Tompkins och Parkin (2017) visar att även om avhopp från psykoterapi är ovanligare än avbrott i psykofarmakabehandling, är det ändå drygt en av fem som hoppar av sin psykoterapi. Avhopp kan resultera i sämre psykiskt mående för klienten, försämrat självförtroende hos studenten och svårigheter för mottagningen att planera sin verksamhet. Flera studier tyder på att de flesta avhopp sker tidigt i behandlingen (Edlund et al., 2002; Phillips, 1985; Roos & Werbart, 2014).

En annan aspekt på vikten av att försöka överblicka avhopp från psykoterapier är hur de påverkar korrekta slutsatser när man bedriver forskning på klientunderlaget. Avhopp utgör ibland en icke försumbar del av bortfallet i en studie och kan bidra till felaktiga slutsatser om de inte registreras korrekt. Man bör redovisa alla som erbjuds psykoterapi och inte enbart titta på dem som fullföljer behandlingen (Young, Grusky, Jordan, & Berlin, 2000).

Forskningen kring tidiga avhopp, såväl före terapistart som efter ett fåtal sessioner inom en studentdriven psykoterapi är eftersatt och det finns ett behov av ökad kunskap. På Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi i Lund bedrivs psykoterapier inom ramen för Psykologprogrammet. Studenterna som går på termin 7-10 träffar sin klient en gång i veckan under 1-2 terminer och får handledning av en erfaren psykoterapeut. Mottagningen erbjuder psykoterapi med två olika inriktningar; psykodynamisk terapi (PDT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Utvärderingen av tidiga avhopp är en del i arbetet med kvalitetssäkring och utveckling av mottagningen.

Avhopp

Det råder fortfarande en viss oenighet om hur man skall definiera ett avhopp. Hatchett och Park (2003) lyfter genom litteraturstudier fram fyra vanliga definitioner av avhopp; klienten fullföljde inte ett färdigbestämt antal sessioner, terapeutens bedömning att klienten slutat utan att ha nått terapimålen, klienten kom inte till senast bokad tid och att klienten inte återkom efter bedömningsintervjun där de erbjudits psykoterapi. Den första definitionen kompliceras av att många psykoterapier påbörjas och avslutas inom ett förutbestämt antal sessioner och att klient och terapeut ibland kommit överens om en tidigare avslutning. En sådan psykoterapi kommer då felaktigt att definieras som ett avhopp i en undersökning. Om det däremot inte är en tidsbestämd terapi/manual som följs, blir det terapeutens subjektiva bedömning som avgör om det handlar om ett avhopp. Om man i stället utgår ifrån att ett avhopp har skett när klienten uteblir utan att förvarna terapeuten, öppnar man upp för faktum att ett avhopp kan ske efter olika antal sessioner och tom utan att psykoterapin kommit längre än till ett bedömningsamtal.

Werbart och Wang (2012) konstaterar att det är få studier gjorda på patienter som hoppar av erbjuden psykoterapi innan den börjat. Det flesta studier på avhopp gör inte heller skillnad mellan avhopp före påbörjad behandling och tidiga avhopp i behandlingen. I forskningslitteraturen finns mycket information att tillgå om faktorer som ökar risken för avhopp, men ytterst sällan redovisas vid vilken session i psykoterapin det definierade avhoppet sker. Avhopp från en psykoterapi kan ske när som under behandlingen men de flesta avhopp sker tidigt. Enligt Hansen, Lambert och Forman (2002) hoppar en tredjedel av redan efter första sessionen, annan litteratur pekar på flest avhopp före den fjärde till sjätte sessionen utan att ange hur många procent det rör sig om (Edlund et al., 2002; Phillips, 1985; Roos & Werbart, 2014).

Forskningen har ofta delats upp i två större inriktningar; dels försök att finna förklarande faktorer hos klienten varför de lämnar psykoterapin (t ex psykisk sjukdom, låg socioekonomisk status och låg motivation). Swift och Greenberg (2012) visade i sin metaanalys av drygt 83 000 patienter/klienter att de med störst sannolikhet att hoppa av sin psykoterapi var yngre klienter med ätstörning och klienter med personlighetsyndrom som träffade en terapeut under utbildning. Den historiskt sett allra tydligaste faktorn för avhopp är låg socioekonomisk status (SES) som bla innebär att personen har låg utbildningsnivå och låg inkomst (Roos & Werbart, 2013). Den andra inriktningen har valt att titta närmre på själva terapiprocessen och terapiinriktningen. Det finns välgjorda studier som inte visar någon skillnad på avhoppsfrekvensen mellan psykodynamisk terapi och kognitiv beteendeterapi. Vid

behandling av paniksyndrom konkluderade Milrod et al. (2016) att 25% av de som behandlades med KBT och 22% av de som behandlades med PDT hoppade av. I en randomiserad klinisk studie på behandling av egentlig depression i psykiatrisk öppenvård, fanns ingen signifikant skillnad i avhopp mellan KBT (31,1%) och PDT (25,9%) (Driessen et al., 2013).

I forskning är det viktigt att ha full överblick på hur många som erbjuds delta i en studie och vilka som hoppar av eftersom det finns en risk att avhopparna avviker från de som fullföljer studien. Man kan då få ett systematiskt fel och ett snedvinklat resultat och om avhoppet är många kan det påverka studiens kvalitet. Ett inte helt ovanligt scenario är att man inom forskningen om behandlingseffekt av psykoterapi inte inkluderar de som inte startar sin behandling eller hoppar av och på så sätt riskerar man att överskatta behandlingens effekt (Young et al., 2000). Det är dock ytterst sällan man i studier inte gör en bortfallsanalys av de klienter som inkluderats i studien men av olika anledningar ej var med i den slutliga analysen eftersom fullständiga data saknats.

För den kliniska verksamheten är det viktigt att erbjuda rätt behandling till rätt patient för att minska psykisk ohälsa och lidande. Man behöver få en effektivare vård och planering med ett optimalt utnyttjande av tiden och resurserna. Med bättre kunskap om avhopparna kan man förhoppningsvis få ett bättre urval vid erbjudna psykoterapier med ökad kontinuitet för studenterna och en möjlighet att fånga upp personer som är på väg att hoppa av sin behandling.

Tidigare forskning om avhopp från psykoterapi

Den internationella forskningen har visat att avhopp från en erbjuden psykoterapi är ett vanligt fenomen och metaanalyser har redovisat frekvenser mellan 20 % och 50 % (Wierszibicki & Pekarik, 1993; Swift & Greenberg, 2012). Den stora spridningen beror till stor del på att man inte haft någon konsensus om hur avhopp skall definieras. Under de senaste tjugo åren har dock många studier utgått från att definiera ett avhopp som bryttillfället när klienten uteblir från en avtalad tid utan att förvarna terapeuten och därefter inte återupptar psykoterapi (Klein, Stone, Hicks, & Pritchard, 2003). Man räknar med en ungefärlig avhoppningsfrekvens på en av fem personer som erbjuds psykoterapi, 17 % i efficacystudier och 26% i effectivenessstudier (Swift et al., 2017). Reitzel et al. (2006) analyserade om väntetiden till psykoterapi påverkade avhopp och fann att lång väntan utgjorde en signifikant högre risk att utebli till den första terapisessionen. Väntetiden påverkande dock inte tidiga avhopp i påbörjad psykoterapi.

I en dansk, naturalistisk studie på 2473 icke-psykotiska patienter som remitterats till en psykiatrisk öppenvårdsmottagning för psykoterapi, gjordes en analys av de som ej kom till mottagningen och de som hoppade av behandlingen (Fenger, Mortensson, Poulsen & Lau, 2011). En regressionsanalys visade att signifikanta faktorer för uteblivande till första terapitillfället (27 %) bl.a. var ålder (under 25 år), att klienten endast hade grundskoleutbildning, personlighetssyndrom och ingen tidigare erfarenhet av psykiatrisk eller psykologisk behandling. För dem som hoppade av startad psykoterapi (12 %) var signifikanta faktorer bl.a. ålder (under 45 år), att klienten endast hade grundskoleutbildning och var arbetslös. Werbart och Wang (2012) gjorde en naturalistisk studie i Stockholm med 1498 patienter som erbjöds psykoterapi i öppenvård. De som tackar nej till erbjuden psykoterapi (14 %) skiljde sig från de som påbörjade psykoterapi genom att signifikant oftare ha en psykiatrisk diagnos och vara äldre. I samma studie följde man även upp de som hoppade av psykoterapi (17 %) och fann att de signifikant skiljde sig från fullföljarna med att vara mer kriminellt belastade, ha mindre psykisk ohälsa och vara yngre.

Andra påvisade viktiga faktorer för avhopp är bl.a. låg motivation och personlighetsdrag som låg tolerans och impulsivitet enligt en studie av Reis och Brown (1999). Låg motivation till behandling predicerade avhopp i internetbaserad psykoterapi i en randomiserad, kontrollerad studie från Uppsala (Alfonsson, Olsson & Hursti, 2016).

Forskningsresultat under de senaste decennierna, har visat att den mest troliga faktorn för att hoppa av en psykoterapi är låg socioekonomisk status (SES) såsom låg utbildning, arbetslöshet och låg inkomst (Baekeland & Lundwall, 1975; Wierzbicki & Pekarik, 1993), men det finns också modernare studier som inte visat ett sådant samband (Falconnier 2009; Swift et al., 2017; Rubin, Dolev, & Zilcha-Mano, 2016).

Studentledda psykoterapier

Ryum et al. (2007) gjorde en systematisk utvärdering av studentledda psykoterapier på norska psykoterapimottagningar och fann medelstarka effekter samt att mer än 40 % av klienterna uppnådde en kliniskt signifikant förbättring.

I en naturalistisk studie avseende symtomförbättring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi, erbjöds 160 klienter behandling på Psykoterapimottagningen vid Lunds universitet under åren 2008-2009. Av dessa 160 klienter uppfyllde 71 inklusionskriterierna för studien och man kunde se en klinisk och statistisk förbättring med effektstorlek på $d=0.82$ och 61% av deltagarna visade en reliabel förbättring. Man såg inte någon skillnad mellan de klienter som fick PDT och de som fick KBT gällande symtomnivå (Löf & Rosendahl, 2010). I studien redovisades inga avböjda terapierbjudanden efter ifylld förmätning och det framkom

att endast 4 % hoppade av (mellan session 1-2). Det tycks således endast funnits avhopp i den inledande terapifasen. En annan studie, genomförd på Psykoterapimottagningarna vid Lunds, Göteborgs och Umeås universitet, visade liknande resultat. Studien genomfördes på 734 klienter med psykisk ohälsa som genomgick antingen studentledd PDT eller KBT. Flertalet av klienterna blev förbättrade och 36 % beräknades ha tillfrisknat efter avslutad terapi. Resultatet visade stora effektstorlekar för såväl PDT som KBT och ingen skillnad mellan terapiformerna kunde ses. Uppgifter om avhopp var inte tillgängliga och redovisades därför inte, vilket uppgavs vara en begränsning som kunde påverka generaliserbarheten av resultatet (Ybrandt, Berglund, Strid, Kivi & Knutsson 2019). Bägge dessa studier pekar på att studentterapeuter presterar goda resultat i nivå med erfarna terapeuter. I en större studie av Öst et al. (2012) på Stockholms universitet, visade man att kliniskt erfarna studentterapeuter med handledning kunde nå behandlingseffekter som var jämförbara med erfarna legitimerade psykoterapeuter. Man redovisade också en mycket låg procent avhopp, endast 7,6 %. Dock framkom inte när i behandlingen avhoppet skedde.

På Psykologmottagningen vid Umeå universitet gjordes en kvalitetssäkrande studie för åren 2010-2012 på behandlingsutfall i utbildningsterapier (Höglund & Höglund, 2013). Av totalt 794 klienter som fick ett bedömningssamtal föll 251 klienter bort ur studien då de antingen hänvisades till annan vårdinrättning (för komplex problematik eller alkohol- och drogproblem) eller för att de avböjde psykoterapeutisk behandling. Skattningsformulär gavs inte till någon i denna grupp och det framgick inte hur många av dessa 251 som avböjde erbjuden psykoterapi. Inte heller framgick det om avhopp förekommit i de 543 psykoterapier som påbörjades. Man brottades med ett bortfall på 80 % och det framgick inte om det berodde på administrativa svårigheter att få eftermätningen ifylld eller pga avhopp. Studien blev således inte representativ och det gick inte heller att generalisera resultaten på klienterna som erhöll behandling.

Syfte och frågeställningar

Genomgång av tidigare forskning visar att man sällan intresserar sig för att redovisa riktigt tidiga avhopp, dvs de som erbjudits psykoterapi och besvarat frågeformulär men sedan avböjer /uteblir från första terapisessionen. Även avhopp efter påbörjad terapi har en tendens att redovisas som en del av bortfallet där man inte tydliggör om det som utesluter klienten beror på administrativa misstag eller att klienten hoppat av. Att öka kunskapen om tidiga avhopp är en viktig del av kvalitetsarbetet på en psykoterapimottagning.

Syftet med denna studie är att jämföra självskattningssvar på utvalda variabler om psykisk hälsa, psykoterapiform (PDT eller KBT), tidigare erfarenhet av samtalskontakt, motivation att gå i psykoterapi och demografiska bakgrundsfakta mellan två delgrupper av avhoppare från erbjudna psykoterapier vid Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi i Lund under perioden 20140923 till 20161231. Studiens frågeställningar är:

Frågeställning 1: Finns det skillnader i de utvalda variablerna mellan de klienter som påbörjar den erbjudna psykoterapin och de som ej påbörjar?

Frågeställning 2: Finns det skillnader i de utvalda variablerna mellan de klienter som fullföljer mer än fem sessioner psykoterapi och de med tidigt avhopp (slutat efter 1-5 sessioner)?

Metod

För att få bättre förståelse för skillnader mellan tidiga avhoppare och fullföljare av erbjuden psykoterapi gjordes en statistisk jämförelse av svaren på utvalda frågor i självskattningsformulär som delades ut vid informationssamtalet.

Deltagare

På Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi i Lund bedrivs psykoterapier inom ramen för Psykologprogrammet. Mottagningen erbjuder psykoterapi med två olika inriktningar; psykodynamisk terapi (PDT) och kognitiv beteendeterapi (KBT). Alla sökande var över 18 år och hade själva tagit initiativ till kontakt med Psykoterapimottagningen och erbjöds att träffa en erfaren psykoterapeut för ett informationssamtal. En preliminär klinisk bedömning gjordes av terapeuten och ett fåtal sökanden kom att rekommenderas annan behandling. De sökande som erbjöds psykoterapi skrev under en blankett att de erhållit information om villkoren för psykoterapin. I informationen framkom bla att deras svar på frågeformulären om livssituation och hälsotillstånd kunde komma att användas i utvärdering av psykoterapierna för att garantera god kvalitet och möjliggöra en förbättring av den terapeutiska verksamheten på Psykoterapimottagningen.

Denna uppsats är en kvalitetsutvecklingsstudie som inriktar sig på att titta närmre på tidiga avhopp från erbjudna psykoterapier under perioden 20140923 till 20161231. Samtliga individer som erbjudits psykoterapi, fyllt i frågeformulären om livssituation och hälsotillstånd (förmätningen) och hunnit avsluta sin terapi före 20161231, analyserades.

Totalt kom 582 personer för ett informationssamtal och ställningstagande till om de skulle erbjudas psykoterapi. Av dessa 582 personer, hänvisades 26 personer till annan behandling (tex pga pågående missbruk, misstanke om psykos eller självmordsrisk). Övriga

deltagare (n=556) erbjöds psykoterapi och ombads att fylla i ett flertal frågeformulär om livssituation och hälsotillstånd. 18 deltagare kunde inte besvara formulären eftersom de inte kunde läsa svenska och ingick därför inte i studien (de erbjöds dock psykoterapi på engelska). En person föll bort då vederbörande ej fyllde i frågeformulären vid informationssamtalet. Ytterligare 18 personer var inte aktuella att inkluderas i studien eftersom deras psykoterapier ej var avslutade före 20161231.

Denna studie bestod av de 519 deltagare som erbjudits psykoterapi, fyllt i frågeformulären vid inklusionen och därefter hoppat av eller slutfört sin psykoterapi före 20161231. Definitionen av tidiga avhopp var när patienten inte kom till erbjuden psykoterapi eller inte återkom efter session 1-5. Studien fokuserade på tidiga avhopp och hade inte tillgång till data på hur många som hoppade av efter fem sessioner eller senare.

Demografiska och kliniska data över de 519 deltagarna presenteras i tabell 1. Majoriteten av klienterna var kvinnor (72 %), den yngsta klienten var 21 år och den äldsta var 71 år.

Tabell 1. *Demografisk och klinisk information om alla deltagarna. N =519*

Demografisk variabel	<i>n</i>	%
Kön		
Kvinna	372	71,7
Man	147	28,3
Högsta utbildning		
Grundskola	1	0,2
Gymnasium	119	22,9
Universitet/högskola	383	73,8
Annat	16	3,1
Sysselsättning		
Förvärvsarbete	145	27,9
Studier	341	65,8
Arbetssökande	8	1,5
Ersättning från FK	10	1,9

Ålderspension	1	0,2
Annat	14	2,7
Tidigare samtalskontakt		
Ja	267	51,4
Nej	252	48,6
Motivation att gå i psykoterapi		
Inte alls	2	0,4
Lite	4	0,8
Måttligt	20	3,8
Ganska mycket	147	28,3
Mycket	346	66,7
Önskemål om terapiinriktning		
PDT	190	36,6
KBT	254	48,9
Både PDT och KBT	75	14,5
Ålder (år)		
Intervall	18-71	
Medelvärde (<i>SD</i>)	27,5 (8,4)	
Median	26	

Instrument

CORE-OM (Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure) är ett engelskt självskattningsformulär med bredd för att fånga upp psykologiska problem. Det är designat för att användas för utvärdering av psykoterapi. CORE-OM har utvecklats genom att kombinera erfarenhetsbaserade kunskaper från kliniska verksamheter med kunskap från kontrollerade behandlingsstudier och de aspekter av psykisk hälsa som professionella inom klinisk verksamhet angett som viktigast att mäta (Barkham et al., 2001). CORE-OM har översatts till svenska och validerats mot svenska förhållanden med hög test-återtest reliabilitet och validitet för användning på klienter från 16 år (Elfström et al., 2013). Författarna

rekommenderar att intervallet för psykisk ohälsa kan läggas mellan det engelska gränsvärdet för samtliga frågor (10,0 för båda könen) och de svenska gränsvärdena (12,0 för män respektive 12,6 för kvinnor).

CORE-OM består av 34 frågor om personens mående under den senaste veckan och frågorna är indelade i områdena Välbefinnande, Problem, Fungerande/Symtom och Risker och besvaras på en skala mellan 0-4. Vissa frågor är positivt formulerade medan andra är negativt formulerade, men de har gemensamt att ett "sämre" svar alltid ger högre poäng. Högre poäng indikerar mer psykisk ohälsa. Vid sammanställning adderas samtliga svar. Totalsumman ligger mellan 0-136. Totalsumman divideras därefter med antalet besvarade frågor för att få fram ett medelvärde. Medelvärdet multipliceras med 10 (kliniska poäng). Detta ger en skala mellan 0-40.

CORE-OM kan laddas ner gratis från internet och kräver inte någon legitimerad personal (bilaga 1). Enligt Elfström et al. (2013) kan kliniska poäng under cut-off nivån indikera att personen har relativt lite psykiska besvär. Poäng över vald cut-off kan indikera psykiska besvär. Vissa obesvarade frågor tolereras men för ett tillförlitligt resultat rekommenderas att 90 procent av ingående frågor är besvarade. Detta innebär rent praktiskt minst 31 besvarade frågor för hela instrumentet eller 26 besvarade frågor om man tar bort området Risker (Elfström et al., 2013). I denna kvalitetsutvecklingsstudie lades cut-off för psykisk ohälsa vid kliniska poäng 12,0 eller högre.

Procedur

Klienter som sökte till Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi i Lund under perioden 20140923 till 20161231 fick efter genomfört informationssamtal och erbjudande om terapi frågan om de godkände deltagande i en kvalitetssäkring. Vid samma tidpunkt inhämtades också skriftligt samtycke. Frågeformulären för kvalitetssäkringen belyste livssituation och hälsotillstånd med fokus på psykisk hälsa (CORE-OM), relationer (IIP) och personlighet (hp5i). Ytterligare ett frågeformulär handlade om bakgrundsdata såsom ålder, kön, om man var född i Sverige, nuvarande boendeförhållanden, högsta utbildning, huvudsaklig sysselsättning, hur man fått kännedom om mottagningen, tidigare hjälp/behandling för psykiska besvär, tidigare erfarenhet av psykologisk/psykoterapeutisk samtalskontakt, aktuell medicinering för psykiska besvär, om man under gångna året påverkats starkt känslomässigt, huvudsaklig anledning till vad man sökte hjälp för och hur länge man haft dessa besvär, hur gammal man var när besvären började och hur motiverad man var att gå i psykoterapi (bilaga 2). Klienten tillfrågades också under informationssamtalet om de önskade PDT eller KBT. Efter informationssamtalet besvarade

klienten frågorna om livssituation och hälsotillstånd på en dator i ett rum på mottagningen (tidsåtgång ca 20 minuter). Svaren lagrades i en databas på ett slutet nätverk som inte var anslutet till internet och separat från journalsystemet. I samband med den planerade, avslutande terapisesionen gjordes en eftermätning och klienten fick ånyo fylla i skattningsformulären (CORE-OM), (IIP) och (hp5i) samt ett formulär hur vederbörande upplevt behandlingen (CSQ) och arbetsalliansen med studentterapeuten (WAI) i ett särskilt eftermätningsrum på mottagningen. Klienter som ej påbörjade psykoterapi eller hoppade av, följdes ej upp med någon eftermätning. I denna studie analyseras endast svaren på CORE-OM (inklusive området Risker) samt utvalda frågor från formulären om livssituation och hälsotillstånd samt bakgrundsdata från förmätningen.

Behandlingens upplägg

Studenter på Psykologprogrammet vid Institutionen för Psykologi i Lund påbörjar termin sju att bedriva terapier på psykoterapimottagningen. Psykoterapi under handledning är ett viktigt moment för att ge praktiska färdigheter i kombination med teoristudier. Man börjar antingen med PDT eller KBT och byter efter två terminer och fortsätter fram till examen. Psykologstudenten träffade en klient i taget men kunde hinna med flera klienter under respektive terapiinriktning eftersom behandlingstiden varierar. Psykologstudenten fick i regel handledning efter varje veckosession. Alla klienter informerades om handledningen. Vid KBT filmades sessionerna. Vid PDT skrev studenten processanteckningar. Psykologstudenterna erbjöd psykoterapi till ett reducerat arvode och klienterna gavs möjlighet att önska terapiinriktning.

Design

Detta är en retrospektiv studie baserad på data insamlad mellan 20140923 till 20161231 på samtliga klienter som erbjudits psykoterapi på Psykoterapimottagningen under denna period. Förutom de utvalda variablerna; självskattad psykisk hälsa (mättes med CORE-OM), ”Har du tidigare erfarenhet av psykologisk/psykoterapeutisk samtalskontakt?”, ”Hur motiverad är du att gå i psykoterapi?” samt önskemål om psykoterapiform (KBT eller PDT) och tilldelad terapiform, analyserades också bakgrundsvariablerna ”Vilken är din högsta utbildning”? ”Vilken är din huvudsakliga sysselsättning”? (socioekonomiska faktorer) samt kön och ålder.

I den första analysen ställdes de klienter som tackat nej till erbjuden psykoterapi efter informationssamtalet mot de klienter som tackade ja. I den andra analysen ställdes de klienter som hoppade av påbörjad psykoterapi efter 1-5 samtal mot de som fortsatte i psykoterapi.

Metod för datainsamling

Klienterna lade in sina svar i en krypterad databas med en kod (inga personnummer lagrades i databasen) och endast de ansvariga på Psykoterapimottagningen hade nyckeln till kodens koppling till en individ. All data analyserades avidentifierad på gruppnivå, så att inga individer kunde urskiljas. Ingen journaltext användes, studien baserades helt på statistisk data.

Statistiska analyser

Studien har en kvasiexperimentell design med analys av data genom beskrivande och inferentiell statistik. Statistikprogrammet SPSS användes för att analysera med enkel beskrivande statistik. Oberoende och beroende t-test användes för jämförelse mellan grupperna och Pearson's chi-square (χ^2) test för proportionalitet.

Etik

Under perioden 20140101 till 20161231 pågick forskningsprojektet "Behandlingsutfall och prediktion av utfall i utbildningsterapier" vid Psykoterapimottagningen Institutionen för Psykologi, Lunds universitet. Projektet etikprövades i Lund (Dnr2014/30). Studien baserades på frivilligt deltagande och klienterna som erbjöds psykoterapi skrev under en samtyckesblankett att data som samlas in före och efter psykoterapin kunde användas i ett forskningsprojekt. Samtliga deltagare och studentterapeuter var anonyma och resultaten presenterades anonymt (deltagarna och studentterapeuterna tilldelades ett kodnummer). Ursprungstanken var att använda allt material från ovan studie för att fördjupa analysen kring frågeställning om tidiga avhopp.

20170517 skickades en förfrågan till Etikrådet vid Institutionen för Psykologi, Lunds universitet, huruvida denna uppsats frågeställningar kunde inkluderas i befintlig etikprövning för forskningsstudien "Behandlingsutfall och prediktion av utfall i utbildningsterapier" vid Psykoterapimottagningen Institutionen för Psykologi, Lunds universitet. Svaret blev nekande då klienterna inte givit sitt samtycke till denna typ av analyser och frågeställningarna inte täcktes av forskningsplanen. Med bakgrund av detta besked gjordes denna studie som en intern kvalitetsutvecklingsstudie.

Resultat

I studien framkom att 79 av 519 (15,2 %) ej kom till erbjuden psykoterapi och att 42 av 440 (9,5 %) hoppade av mellan session 1-5.

I analysen gjordes sammanslagningar till färre svars kategorier i frågorna om utbildningsnivå, sysselsättning och motivation för att skapa större grupper i jämförelsen. Högsta utbildning delades in i "Lägre än universitet/högskola" (grundskola, gymnasium eller

annat) och "Universitet/högskola". Huvudsaklig sysselsättning delades in i de tre grupperna "Förvärvsarbete", "Studier" och "Annat" (arbetssökande, sjukskriven/sjukersättning/förtidspension, ålderspension eller egen firma). Motivation till psykoterapi slogs ihop till två grupper "Liten motivation"(ingen alls, lite, måttlig) samt "Hög motivation" (ganska mycket och mycket). För analyserna i frågeställning 2 användes även data om den psykoterapiform som klienterna påbörjat.

Resultat frågeställning 1

I en jämförande analys av demografisk och klinisk information mellan de som påbörjade psykoterapi och de som ej påbörjade psykoterapi, fanns inga signifikanta skillnader (tabell 2).

Tabell 2. Demografisk och klinisk information om deltagarna som påbörjade psykoterapi (N= 440) och de som ej påbörjade psykoterapi (N=79) samt jämförande analysresultat.

Demografisk variabel	Påbörjad psykoterapi	Ej påbörjad psykoterapi	χ^2
	n (%)	n (%)	
Kön			
Kvinna	312 (70,9)	60 (75,9)	ns
Man	128 (29,1)	19 (24,1)	
Högsta utbildning			
Lägre än universitet/högskola	117 (26,6)	19 (24,1)	ns
Universitet/högskola	323 (73,4)	60 (75,9)	
Sysselsättning			
Förvärvsarbete	127 (28,9)	18 (22,8)	ns
Studier	285 (64,8)	56 (70,9)	
Annat	28 (6,4)	5 (6,3)	
Tidigare samtalskontakt			
Ja	229 (52,0)	38 (48,1)	ns
Nej	211 (48,0)	41 (51,9)	

Motivation att gå i psykoterapi			
Liten motivation	20 (4,5)	6 (7,6)	
Hög motivation	420 (95,5)	73 (92,4)	ns
Önskemål om terapiinriktning			
PDT	182 (41,4)	25 (31,6)	
KBT	247 (56,1)	51 (64,6)	
PDT eller KBT	11 (2,5)	3 (3,8)	ns
Demografisk variabel			
			t
Ålder (år)			
Intervall	18 - 71	19-58	
Medelvärde (SD)	27,65 (8,61)	26,37(7,32)	ns
Median	25	25	

Resultat frågeställning 2

I en jämförande analys av demografisk och klinisk information mellan de som fullföljde fler än 5 sessioner psykoterapi och de som gjorde ett tidigt avhopp (efter 1-5 sessioner) fanns en signifikant skillnad för motivation att gå i psykoterapi. De med tidiga avhopp visade signifikant lägre motivation än de som fortsatte efter 5 sessioner, $p = 0.001$. Det fanns också en skillnad mellan terapiformer, signifikant fler i PDT hoppade av jämfört med KBT, $p = 0.021$. I övrigt sågs inga signifikanta skillnader (tabell 3).

Tabell 3. Demografisk och klinisk information om deltagarna som fullföljde fler än 5 sessioner psykoterapi ($N=398$) och de med tidiga avhopp ($N=42$) samt jämförande analysresultat.

Demografisk variabel	Fler än 5 psykoterapisessioner	1-5 psykoterapisessioner	χ^2
	n (%)	n (%)	
Kön			
Kvinna	280 (70,4)	32 (76,2)	

Man	118 (29,6)	10 (23,8)	ns
Högsta utbildning			
Lägre än universitet/högskola	107 (24,3)	10 (23,8)	
Universitet/högskola	291 (75,7)	32 (73,1)	ns
Sysselsättning			
Förvärvsarbete	112 (28,1)	15 (35,7)	
Studier	260 (65,3)	25 (59,5)	
Annat	11 (2,8)	1 (2,4)	ns
Tidigare samtalskontakt			
Ja	209 (52,5)	20 (47,6)	
Nej	189 (47,5)	22 (52,4)	ns
Motivation att gå i psykoterapi			
Låg motivation	14 (14,3)	6 (3,5)	
Hög motivation	384 (85,7)	36 (96,5)	p=0.001 ^a
Terapiinriktning			
PDT	163 (41)	25 (59,5)	
KBT	235 (59)	17 (40,5)	p=0.021 ^b
Demografisk variabel			t
Ålder (år)			
Intervall	18-71	20-59	
Medelvärde (<i>SD</i>)	27,57 (8,59)	28,48 (8,96)	
Median	25	25	ns

^a χ^2 (2, N=440) = 10.15

^b χ^2 (2, N=440) = 5.35

Av 519 klienter var det 17 som inte fyllde i CORE-OM. Samtliga 34 frågor besvarades av de 502 klienter som fyllde i formuläret. Totalsumman dividerades med antalet

besvarade frågor och gav medelvärdet 1.57 ($SD=0.53$) för hela gruppen. Medelvärdet multiplicerades med 10 vilket innebar en klinisk poäng på 15.7 för alla som erbjudits terapi och besvarat CORE-OM. Av dessa hade 77 % kliniska poäng ≥ 12 och tillhörde därmed gruppen med psykisk ohälsa.

Resultat frågeställning 1

Vid jämförande analys av utfallet på CORE-OM mellan de som påbörjade psykoterapi och de som ej påbörjade psykoterapi, fanns ingen signifikant skillnad (tabell 4).

Tabell 4. *Utfall för CORE-OM på klinisk poäng samt cut-off poäng för klinisk/subklinisk nivå med en jämförelse mellan de som påbörjade psykoterapi (N=427) och de som ej påbörjade psykoterapi (N=75).*

	Påbörjad psykoterapi	Ej påbörjad psykoterapi	t
Klinisk poäng (SD)	15,64 (5,18)	16,16 (5,92)	ns
	n (%)	n (%)	
Klienter med <12,0 poäng	98 (23)	18 (24)	
Klienter med $\geq 12,0$ poäng	329 (77)	57 (76)	ns

CORE-OM= Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure

Klinisk poäng= Medelvärdet multiplicerat med 10

Resultat frågeställning 2

Av de 440 klienter som påbörjade psykoterapi var det 13 som inte fyllt i CORE-OM. Vid jämförande analys av utfallet på CORE-OM mellan de som fullföljde fler än 5 sessioner psykoterapi och de som gjorde ett tidigt avhopp (efter 1-5 sessioner), fanns inga signifikanta skillnader (tabell 5).

Tabell 5. Utfall för CORE-OM på klinisk poäng samt cut-off poäng för klinisk/subklinisk nivå med en jämförelse mellan de som fullföljde fler än 5 sessioner psykoterapi (N= 386) och de som hoppade av mellan session 1-5 (N=41).

	Fler än 5 psykoterapisessioner	1-5 psykoterapisessioner	
			t
Klinisk poäng (SD)	15,48 (5,16)	17,07 (5,18)	ns
	n (%)	n (%)	
Klienter med <12,0 poäng	92 (23,8)	6 (14,6)	
Klienter med ≥12,0 poäng	294 (76,2)	35 (85,4)	ns

CORE-OM= Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure

Klinisk poäng= Medelvärdet multiplicerat med 10

Diskussion

Syftet med denna kvalitetsutvecklingsstudie av tidiga avhopp på Psykoterapimottagningen vid Institutionen för Psykologi, Lunds universitet, är att titta närmare på de klienter som av olika anledningar väljer att hoppa av erbjuden psykoterapi. Fokus är att se ifall avhopparna skiljer sig från dem som fortsätter sin terapi avseende självskattad psykisk ohälsa, motivation, tidigare erfarenhet av psykoterapi, terapiform och utvalda bakgrundsvariabler. Studien är uppdelad i analyser av avhopp som skedde före första terapisessionen och avhopp under de första fem sessionerna.

Denna studie är en del i kvalitetsarbetet på Psykologmottagningen, med en förhoppning om att kunna bidra till att förbättra urvalet av klienter, förhindra tidiga avhopp samt få en bättre statistisk överblick.

Resultatdiskussion

Studien visar en signifikant skillnad med avseende på självskattad motivation att gå i psykoterapi vid jämförelse mellan de som hoppar av terapin efter 1-5 sessioner och de som fortsätter. Sannolikheten för att en klient i studien fortsätter sin psykoterapi i mer än fem

sessioner, är signifikant högre för de som skattar sin motivation som hög. Detta ligger i linje med resultatet i en studie av Reis och Brown (1999) som visar att låg motivation är en riskfaktor för avhopp från psykoterapi. Detta är ett viktigt fynd för den kliniska verksamheten eftersom frågan om motivation är lätt att ställa under ett bedömningssamtal och sätter fokus på om klienten kommer att lägga ner den tid och det engagemang som behövs vid en påbörjad psykoterapi. Terapiavhopp har betydelse både för resursfördelning ur ett samhällsekonomiskt perspektiv med begränsade resurser och för den specifika situation som råder i denna studie, där studentens utbildning kan påverkas negativt av tidiga avhopp. Studien visar däremot ingen signifikant skillnad med avseende på motivation vid jämförelsen mellan de som avböjer erbjuden psykoterapi och de som påbörjar psykoterapi.

Det är oklart varför motivationsfrågan verkar kunna predicera varaktigheten i en psykoterapi men inte om en person kommer att påbörja erbjuden psykoterapi. En tänkbar förklaring är att de som skattat hög motivation för att påbörja psykoterapi men som sedan avböjt erbjudandet, har startat en psykoterapi någon annanstans under väntetiden. Det finns fler faktorer än enbart motivation som kan förklara att personen inte påbörjar psykoterapi efter bedömningssamtalet, exempelvis kan personen ha flyttat eller upplever sig inte längre ha tid. Givetvis kan dessa faktorer även gälla för de som påbörjar psykoterapi, men det är tänkbart att klienter som skattar sin motivation högt och som redan påbörjat en psykoterapi är mer benägna att hitta lösningar på dessa hinder än de personer som skattar sin motivation högt men ännu inte startat en psykoterapi.

En annan möjlighet är att personens motivation förändrats efter att de fyllt i självskattningsformulären. Vi har inte gjort någon analys av väntetiden från erbjuden psykoterapi till terapistart. Väntetiden kan variera mellan några veckor och upp till fyra månader. Det är möjligt att väntetiden påverkar patientens mående som i sin tur kan påverka eventuellt avhopp. Information om väntetider finns att tillgå i materialet men denna kvalitetsutvecklingsstudie fick avgränsas och därmed avstå en sådan analys. Väntetiden för terapistart är viktig information som möjligen kan förklara resultatet och en sådan analys bör därför inkluderas i liknande studier i framtiden.

Studien visar också en signifikant skillnad med avseende på tidigt avhopp (mellan session 1-5) och påbörjad psykoterapiform. Sannolikheten för att en klient som valt psykodynamisk terapi (PDT) gör ett tidigt avhopp är signifikant högre än för klienter som valt kognitiv beteendeterapi (KBT). Inga jämförande studier med hänseende på tidigt avhopp och vald terapiform i studentledda psykoterapier tycks finnas. Att klienten fick välja terapiform borde öka sannolikheten att slutföra en behandling. Möjliga förklarande faktorer till tidigt

avhopp kan vara att förväntningarna inte infriades eller att PDT-klienten fick vänta längre på att starta terapin.

Utifrån litteraturgenomgången fanns en del evidens för att avhoppare skulle skatta sämre psykisk hälsa, ha mindre erfarenhet av psykologisk/psykoterapeutisk behandling och lägre socioekonomisk standard (lägre utbildning och mer arbetslöshet) än de som fortsatte terapin i mer än 5 sessioner, inget av detta infriades. Inte heller visar denna studie någon signifikant skillnad mellan grupperna avseende ålder och kön.

Medelvärde för CORE-OM i hela gruppen av klienter som erbjuds psykoterapi på mottagningen är 15,7 ($SD=5,29$). Med vald cut-off vid 12,0 poäng, hamnade 77 % av klienterna i gruppen självskattad psykisk ohälsa. Elfström et al. (2013) har validerat CORE-OM för svenska förhållanden och kommit fram till att gränsvärdet för psykisk ohälsa i normalbefolkningen är 12,0 för män och 12,6 för kvinnor. Medelvärde på CORE-OM i denna studie ligger således högre än den svenska normalbefolkningen och med vald cut-off för psykisk ohälsa på 12,0 poäng eller över, är det 7 kvinnor som skattar mellan 12,0 och 12,6 poäng. Det innebär att de felaktigt hamnar i gruppen för psykisk ohälsa, om man jämför med normalbefolkningen. Samtidigt rekommenderar Elfström et al. (2013) en cut-off mellan 10,0-12,6 poäng. Detta innebär att vissa patienter som ligger mellan 10,0-13,0 poäng oriktigt kan skattas tillhöra gruppen psykisk ohälsa eller psykisk hälsa beroende på vald cut-off. Detta kan vara en begränsning i en analys och innebär att studier är svåra att jämföra med varandra.

En stor studie från 2009-2010 i Östergötland och Jönköping med 840 patienter från primärvården och 314 patienter från öppenvård psykiatri använde CORE-OM för att värdera behandlingseffekten av erbjuden psykoterapi. Ingångsvärdet visar ett medelvärde på CORE-OM (alla 34 frågor) på 17,0 ($SD=0,58$) för primärvårdspatienterna och 17,0 ($SD=0,64$) för de psykiatriska patienterna, vid skattningen före terapistart. Medelåldern är 37,3 år ($SD =14,5$) för primärvårdsgruppen och 32,5 år ($SD =13,7$) för de psykiatriska patienterna (Mechler & Holmqvist, 2015). Det framgår inte i studien vilken sysselsättning eller socioekonomisk standard patienterna har. De studerade gruppen på Psykoterapimottagningen i Lund ligger lägre i ingångsvärde på CORE-OM än patienterna i studien från Östergötland och Jönköping, och består till stor del av studenter (65,8 %). Studiepopulationen har också en betydande lägre medelålder på 27,5 ($SD =8,4$) år. Psykoterapimottagningen i Lund tar inte emot remisser utan endast självanmälningar, vilket troligen selekterar bort personer med tyngre psykiatriska problematik som kanske är i behov av teaminsatser och psykofarmaka. Införandet av Vårdval psykoterapi under våren 2014 i Region Skåne, kan också ha påverkat vem som söker till Psykoterapimottagningen på Lunds universitet. Via primärvården har många patienter med

lättare psykisk ohälsa fått remiss till psykoterapi inom högkostnadsskyddet, vilket drastiskt ökat tillgången och valfriheten av terapier.

CORE-OM användes också i en studie som pågick under 2013-2015 på psykiateripatienter vid Mittuniversitetets studentdrivna psykioterapimottagning (endast KBT). Två grupper med 74 patienter var hade ingångsvärdet 12,1 ($SD = 4,7$) respektive 11,0 ($SD = 5,3$). Den genomsnittliga åldern var 40,3 ($SD = 15,2$) samt 38,8 ($SD = 14,4$), dvs äldre än i denna studie. Uttagningsprocessen till behandlingen på Mittuniversitetet var mycket selektiv och man valde framförallt klienter med ångestsyndrom, vilket kan ha påverkat det låga ingångsvärdet.

I denna studie framkom att 15 % av klienterna ej kom till erbjuden psykioterapi vilket kan tyckas vara många. Fenger et al. (2011) visar dock högre uteblivande hos de som ej kom till erbjuden psykioterapi (27%) på en psykiatrisk öppenvårdsmottagning. Deras population bestod dock inte av personer som sökt själva till öppenvård psykiatri utan remitterats från primärvården. I en större studie i öppenvård psykiatri i Stockholm följer Werbart och Wang (2010) både patienter som remitterats och sökt själva. Av dessa hoppar 14 % av från erbjuden psykioterapi efter bedömningssamtal på samma mottagning, vilket ligger mycket nära resultatet i denna studie. Det är högst troligt att det spelar en roll att klienten har fått bekanta sig med mottagningen vid bedömningssamtalet. Att bli remitterad till en ny mottagning kan vara skrämmande för många patienter, men flera andra möjliga förklaringar finns, tex är det ingen av studierna som presenterar hur länge patienten väntat eller om de fått hjälp någon annanstans.

I en amerikansk studie om avhopp från studentterapi fann man att 15 % av klienterna ej återkom till psykioterapi efter bedömningssamtalet (Renk & Dinger, 2002) vilket väl överensstämmer med vår population. Samma studie hade tillgång till klienternas journaler och kunde konstatera att de flesta avhopp skedde när klienten uteblev från en terapisesion utan att meddela sig. Renk och Dinger (2012) rapporterar att många avhopp berodde på att klienten sökt hjälp någon annanstans, var missnöjd med psykioterapi eller angav skäl som inte var relaterade till terapi.

Studiens begränsningar och styrkor

Studiens styrka är att frågeformulären vid förmätningen är baserade på tidigare forskning om faktorer för behandlingsutfall men också går att applicera på kända anledningar till avhopp. Begränsande är dock att inte alla frågeformulär från förmätningen analyserades. Det går inte att utesluta att de bortvalda frågorna eventuellt skulle kunnat påvisa fler skillnader mellan avhoppare och de som fortsatte sin psykioterapi. Anledningen till

begränsningen var att studien skulle bli alltför stor.

Studien har också en styrka i att kunna kartlägga 79 kliner som tackat ja till erbjuden psykoterapi men ej påbörjar behandling. En stor begränsning är dock att inte ha haft tillgång till klientjournalen för att se anledningen till avhopp. Valet att endast analysera avhopp fram till session 5 baserades på forskningslitteraturen som visar att de flesta avhopp sker tidigt (Roos & Werbart 2014). Det hade varit intressant att se om denna kvalitetsutvecklingsstudie hade fått en slutlig avhoppningsfrekvens kring 26 % som Swift et al. (2005) sett i många effectivenessstudier. I denna studie hade nästan 1/5 av alla som erbjudits psykoterapi hoppat av före session 6. Studien har dock inga analyser på hur många klienter som hoppar av senare i terapi, vilket är en begränsning.

Naturalistiska studier har en del nackdelar, tex att det inte finns några kontrollgrupper. På Psykoterapimottagningen, Lunds universitet ges inga manualbeskrivna psykoterapier, vilket innebär att med så många olika behandlare och handledare, kan samma terapiform utföras på många olika vis. Studentterapeuterna byter också inriktning efter två terminer och riskerar att omedvetet bedriva en blandning av PDT och KBT.

Vidare forskning

För att ytterligare stärka kvalitén på arbetet med studentledda psykoterapier vid Psykoterapimottagningen, Lunds universitet föreslås att man eftersträvar minimalt administrativt bortfall genom ännu noggrannare kontroller av att alla frågeformulär fyllts i vid för- och eftermätning. Det finns också anledning att för- och eftermätningens instrumenten översätts till engelska, så att alla som erbjuds psykoterapi kan vara med i kvalitetssäkringen. Att införa ett diagnostiskt moment vid erbjudandet om psykoterapi, skulle ge en objektiv bild av vilka diagnosgrupper klienterna tillhör och gynna fördjupad forskning.

För dem som påbörjar en terapi men hoppar av, skulle en uppföljningsintervju och fördjupade journalstudier kunna ge värdefull information om anledningen till avhoppet och ge ett bättre underlag till hur man vill definiera ett avhopp i mottagningens forskningsstudier.

Framtida forskning avseende avhopp vid erbjuden psykoterapi, behöver tydliggöra hur avhopp definieras och i större utsträckning redovisa när avhoppet sker.

Referenser

- Alfonsson, S., Olsson, E., & Hursti, T. (2016). Motivation and Treatment Credibility Predicts Dropout, Treatment Adherence, and Clinical Outcomes in an Internet-Based Cognitive Behavioral Relaxation Program: A Randomized Controlled Trial. *J Med Internet Res*, 18(3):52. doi: 10.2196/jmir.5352
- Af Klintberg, O. (2016). Effekter av behandling vid en studentdriven psykologmottagning. *Examensuppsats vid Mittuniversitetet 2016*. Diva-portal.org
- Barkham, M., Culverwell, A., Spindler, K., & Twigg, E. (2005). The CORE-OM in an older adult population: Psychometric status, acceptability, and feasibility. *Aging & Mental Health*, 9(3), 235-245. doi :10.1080/13607860500090052
- Baekeland, F., & Lundwall, L. (1975). Dropping out of treatment: a critical review. *Psychol Bull*, 82(5), 738-83.
- Driessen, E., Van, H.L., Don, F.J., Peen, J., Kool, S., Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R.A., Cuijpers, P., Twisk, J.W., Dekker, J.J. (2013). The efficacy of cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy in the outpatient treatment of major depression: a randomized clinical trial. *Am J Psychiatry*, 170(9):1041-50. doi: 10.1176/appi.ajp.2013.12070899.
- Duncan, B.L., Miller, S.D., Wampold, B.E., & Hubble, M.A. (2010). *The heart & soul of change. Delivering what works in therapy* (2nd ed.) Washington, DC: American Psychological Association.
- Edlund, M.J, Wang P.S., Berglund P.A., Katz S.J., & Kessler R.C. (2002). Dropping out of mental health treatment: patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry*, 159(5),845-51. doi:
- Elfström, M. L., Evans, C., Lundgren, J., Johansson, B., Hakeberg, M., & Carlsson, S. G. (2013). Validation of the Swedish version of the Clinical Outcomes in Routine Evaluation Outcome Measure (CORE-OM). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 20, 447-455. doi: [10.1002/cpp.1788](https://doi.org/10.1002/cpp.1788)10.1176/appi.ajp.159.5.845
- Evans, C., Connell, J., Barkham, M., Margison, F., McGrath, G., Mellor-Clark, J., & Audin, K. (2002). Towards a standardised brief outcome measure: psychometric properties and utility of the CORE-OM. *The British Journal of Psychiatry*, 180(1), 51-60.
- Falconnier, L. (2009). Socioeconomic status in the treatment of depression. *Am J Orthopsychiatry*, 79 (2), 148-58. doi: 10.1037/a0015469
- Fenger, M., Mortensson E.L., Poulsen, S., & Lau, M. (2011). No-shows, drop-outs and completers in psychotherapeutic treatment: demographic and clinical predictors in a large sample of non-psychotic patients. *Nord J Psychiatry*, 65(3), 183-91. doi: 10.3109/08039488.2010.515687

- Hansen, N.B., Lambert, M.J., & Forman, E.M. (2002). The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clinical Psychology Sciences and Practice*, 9, 329-343. doi: 10.1093/clipsy.9.3.329
- Hatchett, G. T., & Park, H.L (2003). Comparison of four operational definitions of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 40(3), 226-231. doi: 10.1037/0033-3204.3.226
- Höglund, A., & Höglund, P. (2013). Symtomförbättring och biverkningar av studentdriven psykoterapi – en naturalistisk studie av en utbildningsmottagning. *Examensuppsats vid Umeå universitet 2013*. Diva-portal.org
- Kazdin, A. E., & Mazurick, J. L. (1994). Dropping out of child psychotherapy: Distinguishing early and late dropouts over the course of treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62(5), 1069-1074. doi: 10.1037/0022-006X.62.5.1069
- Klein, E.B., Stone, W.N., Hicks, M.W., & Pritchard, I.L. (2003). Understanding dropouts. *Journal of Mental Health Counseling*, 25, 89-100. doi: 10.17744/mehc.25.2.xhyreggxcd0q4ny
- Lakin Phillips, E. *Psychotherapy Revised: New frontiers in research and practice*. First edition. New York: Routhledge; 1985
- Lambert M. The efficacy and effectiveness of psychotherapy. in: Lambert M, editor. Bergin and Garfield's handbook of Psychotherapy and behavior change. 6th ed. New York: Wiley; 2013. pp. 169–218.
- Löf, A., & Rosendahl, V. (2010). Symptomförändring och tillfredsställelse i samband med psykoterapi – en utvärdering och undersökande studie på en utbildningspsykologmottagning. *Psykologexamensuppsats vid Lunds universitet*. Diva-portal.org
- Mechler J & Holmqvist, R. (2015) Deteriorated and unchanged patients in psychological treatment in Swedish primary care and psychiatry. *Nord J Psychiatry*, 70(1), 16-23. doi:10.3109/08039488.2015.1028438
- Milrod B, Chambless DL, Gallop R, Busch FN, Schwalberg M, McCarthy KS, Gross C, Sharpless BA, Leon AC, Barber JP. (2016). *Psychotherapies for Panic Disorder: A Tale of Two Sites*, 77(7), 927-35. doi: 10.4088/JCP.14m09507.
- Reis, B.F & Brown, L.G. (1999). Reducing psychotherapy dropouts: Maximizing perspective convergence in the psychotherapy dyad. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36, 123-136. doi: 10.1037/h0087822.
- Reitzel, L.R., Stellrecht, N.E, Gordon, K.H, Lima. E.N., Wingate, L.R., Brown, J.S., & Joyner.(2006). Does time between application and case assignment predict therapy

- attendance or premature termination in outpatients? *Psychological Services*, 3, 51-60.
doi:10.1037/1541-1559.3.1.51
- Renk, K., & Dinger, T.M. (2002). Reasons for therapy termination in a university psychology clinic. *Journal of Clinical Psychology*, 58(9),1173-11811. doi.org/10.1002/jclp.10075
- Roos, J., & Werbart, A. 2014 hämtad 2018-07-16
<http://eniveckan.se/terapeut-och-processfaktorer-bakom-avbrutna-psykoterapier/>
- Roos, J., & Werbart, A. (2013). Therapist and relationship factors influencing dropout from individual psychotherapy: A literature review. *Psychotherapy Research*, 23, 394-418.
doi:10.1080/10503307.2013.775528
- Rubin, A., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2016). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2016.1241910
- Ryum, T., Stiles, T.C., & Vogel, P.A. (2007). Effektivitet ved psykoterapeutisk behandling gjort av viderekomne studenter. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 1, 1005-1011.
- Rubin, A., Dolev, T., & Zilcha-Mano, S. (2016). Patient demographics and psychological functioning as predictors of unilateral termination of psychodynamic therapy. *Psychotherapy Research*. doi: 10.1080/10503307.2016.1241910
- Socialstyrelsen. (2017). *Nationella riktlinjer. Vård vid depression och ångestsyndrom. Stöd för styrning och ledning*.
Hämtad från <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2017/2017-12-4>
- Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 547–559. doi: 10.1037/a0028226
- Swift, J.K, Greenberg, R.P., Tompkins, K,A., & Parkin, S.R. (2017). Treatment refusal and premature termination in psychotherapy, pharmacotherapy, and their combination: A meta-analysis of head-to-head comparisons. *Psychotherapy*, 54, 47-57.doi 10.1037/pst0000104
- Swift, J.K, Spencer, J., & Goode, J. (2018). Improving psychotherapy effectiveness by addressing the problem of premature termination: Introduction to a special section, *Psychotherapy Research*.doi: 10.1080/10503307.2018.1439192
- Werbart, A., & Wang, M. (2012). Predictors of not starting and dropping out from psychotherapy in Swedish public service settings, *Nordic Psychology*, 64:2, 128-146.
doi:10.1080/19012276.2012.726817
- Wierzbicki, M., & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy drop-out. *Professional psychology, Research and Practice*, Vol 24(2), 190-195. doi: 10.1037/0735-7028.24.2.190

- Ybrandt, H., Berglund, K., Strid, C., Kivi, M., & Knutsson, (in press March 2019) J. Clinical outcomes in routine evaluation of trainee-led psychotherapy: Effects on clients' interpersonal problems and psychological symptoms. *International Journal of Psychotherapy* 23:1
- Young, A.S., Grusky, O., Jordan, D., & Berlin, T.R. (2000). Routine outcome monitoring in a public mental health system; The impact of patients who leave care. *Psychiatric Services*, 51, 85-91. doi: 10.1176/ps.51.1.85
- 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. *Behavioral Therapy*, 43(1), 160-73. doi: 10.1016/j.beth.2011.05.001.

Bilaga 1

**C
O
R
E**

Löpnr _____ Datum _____ Testning 1 2 3
år mån dag

Ålder _____ år Man Kvinna

VIKTIGT – LÄS DETTA FÖRST

Detta formulär innehåller 34 påståenden om hur Du har haft det DEN SENASTE VECKAN.
Läs varje påstående och tänk efter hur ofta det har varit på detta sätt under den senaste veckan.
Kryssa i den ruta som stämmer bäst för Dig.

Under senaste veckan

	<i>Aldrig</i>	<i>Sällan</i>	<i>Då och då</i>	<i>Ofra</i>	<i>Nästan hela tiden</i>
1 Jag har känt mig förfärligt ensam och isolerad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Jag har känt mig spänd, ängslig eller nervös	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Jag har känt att jag haft någon att vända mig till när det behövs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Jag har känt mig nöjd med mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Jag har saknat all energi och entusiasm	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Jag har brukat fysiskt våld mot andra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Jag har känt att jag kunnat klara av situationer där något gått snett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Jag har besvärats av värk, smärta eller andra kroppsliga problem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Jag har funderat på att skada mig själv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Att prata med andra har känts alldeles för jobbigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Att jag varit spänd och ängslig har hindrat mig från att göra viktiga saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Jag har varit nöjd med de saker som jag har gjort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Jag har besvärats av oönskade tankar och känslor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Jag har känt mig grätfärdig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Vad god vänd

Bilaga 2

Bakgrund före terapi 2

För att följa upp och förbättra verksamheten vid mottagningen har vi som rutin att alla klienter besvarar frågor om livssituation och hälsotillstånd. I samband med att du avslutar din terapi kommer du att få besvara liknande frågor och hur du har upplevt terapin.

Dina uppgifter behandlas konfidentiellt.
Tack för din hjälp!

Välj klient

Kod bakil-2019-82911272

Datum 2018-08-29

Mätning Förmätning

01. Ålder Ange i år *
02. Kön Man Kvinna
03. Är du född i Sverige? Ja Nej
04. Vilket är ditt nuvarande boende/levnadsförhållande? Välj ett alternativ.
- 1. med partner
 - 2. med partner och barn
 - 3. ensamstående med barn
 - 4. med förälder
 - 5. med annan släkting
 - 6. med vän/vänner
 - 7. ensam
 - 8. annat
05. Vilken är din högsta utbildning? Välj ett alternativ.
- 1. grundskola
 - 2. gymnasium
 - 3. universitet/högskola
 - 4. annat
06. Vilken är din huvudsakliga sysselsättning i dag? Välj ett alternativ.
- 1. förvärsarbete
 - 2. studier
 - 3. arbetssökande
 - 4. sjukskriven/sjukersättning/förtidspension
 - 5. ålderspension
 - 6. annat
07. Hur har du fått kännedom om vår mottagning?
- 1. sökt fram information själv
 - 2. rekommenderad av vän, bekant eller annan
 - 3. via studenthälsan
 - 4. via vårdcentral
 - 5. annons i dagstidning
 - 6. övrigt
08. Har du tidigare fått någon form av hjälp/behandling för psykiska besvär? Ja Nej
09. Har du tidigare erfarenhet av psykologisk/psykoterapeutisk samtalskontakt? Ja Nej
10. Tar du för närvarande någon medicin för psykiska besvär?
Du kan ange flera svar.
- Ja Nej
 - 1. Antidepressiva
 - 2. Ångstdämpande
 - 3. Sömnmedel
 - 4. Receptbelagd smärttillande medicin
 - 5. Annat
11. Har du under det senaste året varit med om något som du tycker har påverkat dig starkt känslomässigt? Oavsett om det är negativt eller positivt. Ja Nej
12. Vad söker du huvudsakligen hjälp för vid vår mottagning? Du kan ange flera svar.
- Ja Nej
 - 1. Nedstämdhet/depression
 - 2. Oro, ångest, panik
 - 3. Fobi
 - 4. Relationsproblem
 - 5. Problem med identitet/självkänsla
 - 6. Aktuell krisituation/stress
 - 7. Annat
13. Ungefär hur många år har du haft detta/dessa problem? * år
14. Ungefär hur gammal var du när detta/dessa problem började? * år
15. Hur motiverad är du att gå i psykoterapi? Ange ett svarsalternativ.
- 1. Inga alls
 - 2. lite
 - 3. måttligt
 - 4. ganska mycket
 - 5. mycket