

Tiltaksintegritet i SIBS-RCT

En forebyggende intervensjonsstudie for søsken som pårørende

Malene Brattvåg Bøe og Ingrid Johansen

Psykologi profesjon
30 studiepoeng

Innlevert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo, våren 2023
Samfunnsvitenskapelig fakultet



Sammendrag

Forfattere: Malene Brattvåg Bøe og Ingrid Johansen

Tittel: Tiltaksintegritet i SIBS-RCT: En forebyggende intervensjonsstudie for søsken som pårørende

Veileder: Krister Fjermestad

Bakgrunn: Søsken til barn med en kronisk sykdom har større risiko for å utvikle psykiske vansker. I de senere år har det blitt viet mer oppmerksomhet til søsken, og flere intervensjoner har blitt utviklet for denne gruppen, deriblant SIBS-intervensjonen. God implementering er essensielt for å sikre intervensjonens nytte i praksis, og evaluering av tiltaksintegritet er en viktig del av dette. Få studier har imidlertid undersøkt tiltaksintegritet i intervensjoner for søsken til barn med en kronisk sykdom. Målet med denne delstudien var å undersøke tiltaksintegritet på gruppeledernivå i økt 3 og 5 av SIBS-RCT. Dette kan gi relevant kunnskap om i hvilken grad intervensjonen blir gjennomført slik den opprinnelig var designet.

Metode: Denne delstudien er knyttet til forskningsprosjektet «Forebygging av mentale vansker blant søsken til barn med kronisk sykdom i kommuner og spesialisthelsetjenesten, med innovasjonen SIBS» (forkortet SIBS-RCT). Utvalget besto av gruppeledere med helsefaglig bakgrunn, samt søsken (8-15 år) og deres foreldre. Syttiåtte søsken og syttiåtte foreldre var representert. Totalt 104 veiledningsøkter (52 for økt 3 og 52 for økt 5) ble innhentet gjennom randomisert utvalg, og skåret av en av forfatterne av delstudien (Bøe). Tre hovedkomponenter av tiltaksintegritet (etterlevelse, kompetanse og differensiering) ble målt, og veiledningsøktene ble skåret ved bruk av et måleinstrument utviklet av prosjektleder Krister Fjermestad. Delstudien har et deskriptivt design og baserer seg på kvantitative data. Det ble utført deskriptive analyser, samt Pearsons korrelasjonsanalyser og paired sample t-tester. I tillegg ble måleinstrumentets reliabilitet undersøkt ved intraklassekorrelasjon mellom tre kodere.

Resultater: Veiledningene ble vurdert til å ha middels høy etterlevelse av manual, lav grad av differensiering og middels lavt nivå av kompetanse for begge øktene. Resultatene viste også signifikante korrelasjoner mellom etterlevelse og kompetanse, og mellom differensiering og kompetanse. Det var ingen signifikante sammenhenger mellom etterlevelse og differensiering.

Konklusjon: Funnene viser en lavere grad av etterlevelse og kompetanse i økt 3 og 5 sammenlignet med øvrige økter i intervensjonen (1, 2 og 4) (Fløtten & Garras, 2022), og en

tidligere pilotstudie av alle øktene i SIBS-intervensjonen (Haukeland et al., 2020). Dette indikerer noe lavere tiltaksintegritet hos gruppeledere i økt 3 og 5. Funnene viste også sammenheng mellom komponentene av tiltaksintegritet. Samvariasjonen kan forklares av at komponentene delvis måler de samme fenomenene, eller at det ved skåring var utfordrende å skille komponentene fra hverandre. Det kan også tenkes at dyktige gruppeledere som hadde høy kompetanse også i større grad utførte manualelementene, samt unngikk å gjøre aktiviteter som falt utenfor oppgavebeskrivelsen.

Begrepsavklaring

Kronisk sykdom: «Kronisk sykdom» defineres her som sykdom med varighet på minst tre måneder (Pinquart, 2022), og brukes som begrep til å betegne flere tilstander som nevroutviklingsforstyrrelser, sjeldne sykdommer og syndromer, diabetes, kreft, medfødt hjertefeil, ervervet hjerneskade og spiseforstyrrelser.

Søsken som pårørende: Begrepet omfatter i denne delstudien søsken til barn med en kronisk sykdom, som av Helsepersonelloven omfattes som pårørende (Endringslov til pasient- og brukarrettslova, 2017).

Implementering: Implementering handler forenklet om prosessen med integrering og etablering av evidensbaserte tiltak i praksis. Denne prosessen består ofte av mange gjensidig avhengige elementer, som strekker seg fra økonomiske bevilgninger og godkjenninger på ledernivå, til tiltakslederens villighet til å lære seg nye metoder (Sørli et al., 2010).

Tiltaksintegritet: Tiltaksintegritet omtaler i hvilken grad intervensjonen blir administrert i praksis sett opp mot den opprinnelige intensjonen (Kerns et al., 2021; Perepletchikova et al., 2007; Sutherland et al., 2013) og anses som en viktig del av implementeringskvalitet (McLeod et al., 2013). Tiltaksintegritet består ofte av flere komponenter (Lemire et al., 2022), og i denne delstudien inkluderes komponentene etterlevelse, kompetanse og differensiering.

Tiltaksleder: Begrepet tiltaksleder brukes i delstudien til å betegne personen som administrerer intervensjonen for deltakerne, for eksempel en gruppeleder eller terapeut. I delstudien er tiltaksleder betegnet som «gruppeleder».

Kompetanse: Kompetanse defineres i delstudien som kvaliteten på tiltaksleders administrering av intervensjonens manuelelementer (Sutherland et al., 2013).

Etterlevelse: Etterlevelse defineres i delstudien som i hvilken grad tiltaksleder utfører elementene innenfor intervensjonen slik den var designet (Sutherland et al., 2013).

Differensiering: Differensiering defineres i delstudien som i hvilken grad og hvordan tiltaksleder avviker fra intervensjonen, for eksempel i hvilken grad elementer som ikke er en del av intervensjonen blir utført (McLeod et al., 2013; Sutherland et al., 2013).

Forord

Studien som presenteres er del av forskningsprosjektet SIBS-RCT, et tiltak for søsken til barn med kronisk sykdom. Forskningsprosjektet er i regi av Lillestrøm kommune, Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser og Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo. Arbeidet med hovedoppgaven startet i 2020, da en av hovedoppgaveforfatterne, Malene Bøe, fikk utdelt stipend fra Norges forskningsråd til å gjennomføre en utvidet hovedoppgave i SIBS-RCT, med forlengelse av stipendet våren 2021. Etter datamaterialet var samlet inn og kodet, startet Johansen og Bøe samarbeidet om hovedoppgaven. Bøe har hatt flere ulike roller som vitenskapelig assistent i forskningsprosjektet, deriblant som gruppeleder for søsken- og foreldregrupper i SIBS-intervensjonen fra 2019-2021, som del av forskningsgruppen ved å innhente, kode og bearbeide prosjektdata fra 2020-2021, og til slutt som koordinator for oppfølging av deltakere og spørreskjemaer. Johansen har deltatt i koding av datamaterialet for vurdering av måleinstrumentets interrater-reliabilitet. Arbeidet med hovedoppgaven har gitt oss ny innsikt og kunnskap om søsken som pårørende og viktigheten av implementering, noe vi kommer til å ta med oss videre. I dette arbeidet har det gode samarbeidet vårt med gjensidig tillit til hverandre vært helt essensielt.

Krister Fjermestad, vår veileder og prosjektleder for SIBS-RCT, har hele veien vært til stor støtte og hjelp. Vi vil gjerne rette en stor takk til ham for hans varme, engasjement og ærlige tilbakemeldinger. Vi vil også takke Torun Vatne, som bidro med viktig hjelp i starten av hovedoppgaven, og Norges forskningsråd for Bøes stipender. Videre vil vi takke våre samboere Felix Koppe og Jonas Fitjar Halvorsen, som har vist oss stor raushet og holdt ut med oss, spesielt den siste tiden. Til slutt vil vi takke hverandre for særdeles godt selskap, omsorg og oppmuntring gjennom hele prosessen.

Malene Brattvåg Bøe og Ingrid Johansen,
Oslo, april 2023

Innholdsfortegnelse

1. Introduksjon	1
1.1 Søsken som pårørende	1
1.2 Intervensjoner for søsken som pårørende	3
1.3 SIBS-intervensjonen	5
1.4 Implementering og behovet for å måle tiltaksintegritet.....	7
1.5 Konseptualisering av tiltaksintegritet i denne delstudien	8
1.6 Måling og vurdering av tiltaksintegritet	9
1.7 Forskning på etterlevelse, differensiering og kompetanse	12
1.8 Problemstillinger	16
2. Metode	17
2.1 Design	17
2.2 Deltakere.....	19
2.3 Utvalg av veiledningsøkter	20
2.4 Måleinstrument	21
2.5 Prosedyrer	24
3. Resultater	28
3.1 Tiltaksintegritet.....	28
3.2 Hvor krevende øktene var å veilede	32
3.3 Samvariasjon mellom de ulike variablene i skåringskjemaet.....	33
4. Diskusjon.....	35
4.1 Evaluering av tiltaksintegritet på gruppeledernivå i SIBS-RCT	35
4.2 Samvariasjon mellom ulike variabler i skåringskjemaet	42
4.3 Metodologiske styrker og begrensninger	44
4.4 Implikasjoner og videre forskning.....	47
4.5 Konklusjon.....	50
5. Litteraturliste.....	51
Appendix A	61
Appendix B.....	63

Liste over tabeller og figurer

Tabell 1 Skåringskjema: Etterlevelse.....	22
Tabell 2 Skåringskjema: Differensiering.....	23
Tabell 3 Gjennomsnittlig intraklassekorrelasjon.....	27
Tabell 4 Oppnådd etterlevelse i økt 3 og 5.....	28
Tabell 5 Etterlevelse per ledd for økt 3 og 5.....	29
Tabell 6 Etterlevelse av tilbakemelding på å lytte, bekrefte og utforske i økt 3 og 5.....	29
Tabell 7 Prosentfordeling av oppnådd differensiering for økt 3 og 5.....	30
Tabell 8 Differensiering per ledd i økt 3 og 5.....	31
Tabell 9 Korrelasjonsmatrise for tiltakskomponenter i økt 3 og 5.....	34
Figur 1 Oversikt over øktene i SIBS-intervensjonen.....	6
Figur 2 Kompetanseskåre på tvers av veiledningene, økt 3 og 5.....	32
Figur 3 Oversikt over hvor krevende samtalen var å veilede for økt 3 og 5.....	33

1. Introduksjon

1.1 Søsken som pårørende

1.1.1 Opplevelser hos søsken til barn med kronisk sykdom

Søsken til barn med kroniske sykdommer (her: søsken) har blitt omtalt som «de glemte barna», og flere har påpekt at deres stemme har blitt overhørt i forskningslitteraturen (Deavin et al., 2018; Haukeland et al., 2022). Studier som belyser søsken bruker ofte ulike begreper for gruppen av sykdommer og tilstander som er undersøkt, eksempelvis «kroniske sykdommer» (Sharpe & Rossiter, 2002) «kroniske helsetilstander» (Vermaes et al., 2012), eller «langvarig sykdom eller funksjonsnedsettelse» (Haukeland et al., 2022). «Kronisk sykdom» fremstår som et dekkende begrep å bruke videre, da litteraturen gjerne inkluderer diagnostiske tilstander av en viss varighet (Pinquart, 2022; Sharpe & Rossiter, 2002; Vermaes et al., 2012). Definisjonen av «kronisk» varierer imidlertid også (Pinquart, 2022; Sharpe & Rossiter, 2002). Vi forstår her kronisk som varighet av sykdom på minst tre måneder (Pinquart, 2022).

En innholdsanalyse basert på ni litteraturgjennomganger og en metasyntese basert på 12 kvalitative artikler, har fokusert på søskens egenrapporterte opplevelse av hvordan det er å vokse opp med en bror eller søster med en kronisk sykdom (Deavin et al., 2018; Knecht et al., 2015). Litteraturgjennomgangene fant at søsken rapporterte om følelser av tristhet og sorg med tanke på barnet med kronisk sykdom og familiens fremtidsutsikter, samt bekymring vedrørende barnets helse og generelle velvære (Knecht et al., 2015). Søsken rapporterte også om usikkerhet knyttet til egen fremtid, og engstelse knyttet til om sykdommen kunne påvirke egen helse eller egne fremtidige barn (Deavin et al., 2018). Videre rapporterte søsken om følelser av urettferdighet og sjalusi, da de kunne oppleve en ujevn fordeling av foreldrenes oppmerksomhet, og fordi de ofte måtte forholde seg til andre regler og forventninger om å bidra i familien enn barnet med kronisk sykdom (Deavin et al., 2018; Knecht et al., 2015). Søsken kunne også oppleve at foreldrene var lite tilgjengelige, da fokus ofte var rettet mot barnet med sykdom. Dette kunne lede til følelser av ensomhet og avvisning (Knecht et al., 2015).

Når det gjelder kommunikasjon mellom foreldre og søsken, tyder studiene på at mange søsken ofte hadde mangelfull informasjon om barnets diagnose (Knecht et al., 2015) og at dette kunne lede til økt usikkerhet og frykt. Motsatt kunne økt innsikt og forståelse av diagnosen bidra til utvikling av empati, aksept og forståelse for situasjonen de befant seg i.

Med økt innsikt kunne søsken også bedre håndtere den opplevde ujevne fordelingen av foreldrenes oppmerksomhet. Videre rapporterte søsken om engstelse knyttet til det å dele egne emosjonelle erfaringer med foreldre, da barna ikke ønsket å øke belastningen eller «gjøre vondt verre». Andre rapporterte også om frykt for at foreldrene skulle bli sinte, dersom de kommuniserte egne følelser knyttet til situasjonen. Dette kunne lede til at søsken nedprioriterte eller undertrykte egne behov (Deavin et al., 2018).

Studiene viser en overvekt av negative emosjonelle erfaringer hos søsken, men noen positive erfaringer blir også belyst. Søsken kunne ofte innta en omsorgsrolle overfor barnet med kronisk sykdom, som var forbundet med aksept og stolthet (Deavin et al., 2018; Knecht et al., 2015). Mange søsken beskrev også at erfaringene ga dem spesialistkunnskap om sykdommen. Tilegnelse av spesialistkunnskap og internalisering av positive roller så videre ut til å gi søsken en identitet som fikk dem til å føle seg unike (Deavin et al., 2018). Samtidig innebar denne rollen et økt ansvar hjemme, som igjen kunne føre til frustrasjon over begrenset mulighet for rekreasjon og selvstendighet (Knecht et al., 2015). Andre søsken kunne også føle på skam når de ikke levde opp til egne rolleforventninger (Deavin et al., 2018). Funnene fra studiene tyder på at det å være søsken til barn med kronisk sykdom ofte er forbundet med negative emosjonelle erfaringer, at mange søsken har mangelfull tilgang på informasjon om barnets diagnose, og at de kan streve med å kommunisere egne opplevelser til foreldrene sine (Deavin et al., 2018; Knecht et al., 2015). På denne måten kan gruppen betegnes som sårbare.

1.1.2 Risiko og helseutfall hos søsken til barn med kronisk sykdom

Resultatene fra to metaanalyser, basert på henholdsvis 56 og 216 studier, fant at søsken til barn med kronisk sykdom hadde noe høyere grad av eksternaliserende og internaliserende vansker, samt høyere nivåer av atferdsproblemer, sammenlignet med kontrollgrupper. Videre fant de at det særlig var søsken til barn med høyt gjennomgripende og/eller livsbegrensende kronisk sykdom som hadde mer inngripende påvirkning på familielivet, som var i risiko for å utvikle psykiske vansker (Pinquart, 2022; Vermaes et al., 2012). Resultatene indikerte også at søsken hadde høyere risiko for internaliserende vansker sammenlignet med eksternaliserende vansker (Vermaes et al., 2012). Dette er i tråd med en tredje metaanalyse, som fant at søsken hadde høyere skåre på depresjonsskalaen sammenlignet med kontrollgrupper. Forfatterne av denne metaanalysen konkluderte med at søsken potensielt har en høyere risiko for å utvikle depresjon, og peker på et behov for intervensjoner for denne gruppen (Martinez et al., 2022). Økt risiko for internaliserende vansker kan henge sammen med at søsken undertrykker egne

følelser, da de ikke ønsker å «gjøre vondt verre» eller bruke foreldrenes tid og emosjonelle ressurser (Vermaes et al., 2012). Dette stemmer godt overens med flere av de kvalitative beskrivelsene som søsken selv fremlegger (Deavin et al., 2018; Knecht et al., 2015).

1.1.3 Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende

Metaanalysene understreker viktigheten av å kartlegge vansker hos søsken til barn med kronisk sykdom (Martinez et al., 2022; Pinguart, 2022; Vermaes et al., 2012). Viktigheten av å ivareta søsken er også understreket i den norske Helsepersonelloven, hvor søsken blir omtalt som pårørende til sin bror eller søster. Loven sier at helsepersonell er pliktig til å ivareta behovet for nødvendig informasjon og oppfølging av barn som er søsken til pasienter med «psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade» (Endringslov til pasient- og brukarrettslova, Helsepersonellova m.m., 2017, §10a). Dette innebærer blant annet å tilby informasjon om aktuelle tiltak, samt om sykdomstilstand og behandling av pasienten (2017). Loven forplikter først og fremst helsepersonell som har ansvar for behandling av pasienten til å følge opp søsken, men samtidig skal også annet helsepersonell melde fra om behov som fanges opp. Det skal videre være lav terskel for at helsepersonell igangsetter kartlegging, der søskens behov for videre oppfølging vurderes (Helsedirektoratet, 2018).

1.2 Intervensjoner for søsken som pårørende

På tross av at søsken som pårørende har økt risiko for utvikling av psykiske plager (Vermaes et al., 2012), eksisterer det få gruppetilbud for søsken i Norge, og det finnes heller ingen nasjonale tiltaksanbefalinger for gruppen. Flere kommuner tilbyr tiltak for søsken, men disse består ofte av individualsamtaler (Haukeland et al., 2022), og fremstår ikke evidensbaserte (Vatne et al., 2019). På verdensbasis har det imidlertid siden 1990-tallet blitt utviklet en rekke ulike intervensjoner for søsken til barn med en kronisk sykdom. Resultater fra tre litteraturgjennomganger¹ indikerer stor variasjon mellom intervensjonene, blant annet når det gjelder varighet, innhold og alder på deltakerne, samt om intervensjonene er familiebaserte, gruppebaserte, individuelle eller kun rettet mot søsken. De aller fleste søskenintervensjonene er gruppebaserte, mens noen få består av individuelle opplegg (Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023). Eksempler på individuelle opplegg er Sibs Talk fra Storbritannia, der skoleelever

¹ For oversikt over studier på tvers av de tre litteraturgjennomgangene, se Appendix B.

mottar støttesamtaler (Hayden et al., 2019), og SibStars fra Australia, der søsken og foreldre gjennomgår et psykoedukativt program, med tilgjengelig telefonstøtte fra tiltaksleder (Giallo & Gavidia-Payne, 2008).

Mange av intervensjonene retter seg mot søsken uten inkludering av andre familiemedlemmer (for eksempel Brouzos et al., 2017; McCullough & Simon, 2011; Naylor & Prescott, 2004), mens andre retter seg mot både søsken og deres foreldre (for eksempel Giallo & Gavidia-Payne, 2008; Lobato & Kao, 2005). Et eksempel er manualbaserte SibworkS, en annen intervensjon fra Australia, der både søsken og foreldre til barn med autisme deltar i grupper basert på kognitiv atferdsterapi (Roberts et al., 2015). En intervensjon som imidlertid inkluderer søsken og barnet med kronisk sykdom er Support and Skills Program (SSP). I denne amerikanske intervensjonen får barn med autisme og deres søsken ulike gruppeopplegg. Barn med diagnose får opplæring i ulike ferdigheter, og søsken lærer om mestringsstrategier og kunnskap om autisme (Kryzak et al., 2015). Videre varierer innholdet i intervensjonene i stor grad. Noen er for eksempel leirbaserte, og fokuserer på at søsken skal oppleve fritid og rekreasjon (McKenzie Smith et al., 2018). Et fellestrekk er likevel psykoedukativt og -sosialt innhold, med mål om å øke diagnosekunnskap og lære mestringsstrategier (Wolff et al., 2023). Det er også variasjon knyttet til om intervensjonene har en diagnosespesifikk tilnærming, for eksempel rettet mot enkelt diagnoser som autisme eller kreft, eller har en transdiagnostisk tilnærming der ulike diagnoser inkluderes (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021). Varigheten på intervensjonene er ofte ulik, men det vanligste er seks til åtte møter ukentlig.

Generelt fant litteraturgjennomgangene at intervensjonene bidro til små positive effekter på søskens kunnskap om diagnose, samt bedring i tilpasning, selvfølelse og mestring (Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023). Wolff og medforfattere fant imidlertid lite evidens for selvrapportert bedring i søskens livskvalitet, depresjon og engstelse (2023). Intervensjonenes forskningsmessige design og grad av evaluering varierte (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023), og det kan se ut som at det var store kvalitetsforskjeller på intervensjonene. Kun to av 17 intervensjoner i en litteraturgjennomgang ble vurdert som høykvalitetstudier, mens de resterende ble vurdert til å ha moderat eller svak kvalitet (McKenzie Smith et al., 2018). Mange av studiene ble gjort med relativt få deltakere i intervensjonsgruppene, med et spenn på 3-99 søsken og et gjennomsnitt på 37 deltakere. Få av studiene hadde randomisert kontrollert studiedesign (6-44%) (McKenzie Smith et al., 2018; Wolff et al., 2023), men mange var imidlertid pilotstudier (Wolff et al., 2023). På tvers av de tre litteraturgjennomgangene var kun åtte intervensjoner manualbaserte. Resultatene

tyder på stor heterogenitet blant intervensjonene, og at det er nødvendig med bedre datagrunnlag for å kunne måle effekt og bedre repliserbarhet (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023). Dette understreker behovet for utvikling av evidensbaserte intervensjoner for denne gruppen.

1.3 SIBS-intervensjonen

1.3.1 SIBS: En intervensjon for søsken og foreldre til barn med kronisk sykdom

Den norske studien «Forebygging av mentale vansker blant søsken til barn med kronisk sykdom i kommuner og spesialisthelsetjenesten, med innovasjonen SIBS» (forkortet SIBS-RCT) er en del av «Søskenprosjektet» som startet i 2011. Bakgrunnen for prosjektet var at gruppeledere ved Frambu kompetansesenter for sjeldne diagnoser (Frambu), identifiserte et behov for evidensbaserte tiltak for søsken til barn med kroniske lidelser. Målet med SIBS-intervensjonen er å bedre kommunikasjon mellom foreldre og barn, og derigjennom søskens psykiske helse (Haukeland et al., 2020). Intervensjonen er manual- og gruppebasert, med separate økter for søsken og foreldre, og to fellesøkter der barn og foreldre snakker sammen. Den administreres over to dager, med en ukes mellomrom. Hver gruppe består av to gruppeledere, totalt fire per intervensjon (Fjermestad et al., 2020). Intervensjonen består av tre moduler som administreres over fem økter (se Figur 1). På dag 1 gjennomføres økt 1 til 3, med total varighet på omtrent 3 timer. På dag 2 gjennomføres økt 4 og 5, med total varighet på omtrent 2,5 timer.

I introduksjonsmodulen (økt 1) er søsken og foreldre i separate grupper hvor målet er å bli kjent, få informasjon om og rasjonale for intervensjonen. I begge gruppene får deltakerne presentert målsettingen til SIBS: Å styrke kvaliteten på kommunikasjon mellom foreldre og søsken. Dette oppnås ved at foreldrene får trene på teknikkene lytting, utforskning og bekreftelse av barnets tanker og følelser. I kunnskapsmodulen (økt 2 og 3) er søskens diagnosekunnskap i fokus. Foreldrene får veiledning i egen gruppe på hvordan de kan utforske barnas forståelse av diagnosen, og hvordan de kan gi tilpasset informasjon til barnet (økt 2). Parallelt vil barna i søskengruppen utforske egen diagnoseforståelse og utarbeide spørsmål som skal presenteres til foreldregruppen (økt 2). I økt 3 går foreldre og barn sammen i par, hvor barna presenterer sine spørsmål knyttet til bror eller søsters diagnose, og foreldrene øver på kommunikasjonsteknikkene de har lært, under veiledning fra gruppeleder.

I emosjons- og mestringsmodulen (økt 4 og 5) er fokus på barnas tanker, følelser og atferd relatert til det å være søsken, og hvordan foreldrene kan kommunisere med barna på en

emosjonsstøttende måte. Som i økt 2 og 3 er foreldre og søsken først i separate grupper der barna utarbeider spørsmål som skal presenteres til foreldregruppen (økt 4), før foreldre og barn går sammen i par for å snakke sammen (økt 5). I økt 5 oppfordres barna til å fortelle foreldrene om en eller flere situasjoner de skulle ønske var annerledes (kalt «utfordring»), primært knyttet til søskensituasjonen. Avslutningsvis blir foreldre og søsken oppfordret til å avtale tidspunkt for en ny samtale hjemme etter endt opplegg. Interaksjonsøktene mellom foreldre og søsken (økt 3 og 5) anses som et nøkkelement i intervensjonen, da man her legger til rette for direkte trening i kommunikasjonsteknikker og gode samtaleerfaringer under veiledning fra gruppeleder. Økt 3 og 5 er fokus for denne delstudien, og vil bli videre beskrevet under metode.

Figur 1.

Oversikt over øktene i SIBS-intervensjonen

	Økt 1. 20 min.	Økt 2. 60 min.	Økt 3. 60 min.	Økt 4. 60 min.	Økt 5. 60 min.
Søsken	Søsken blir kjent med hverandre og opplegget.	Utforsker forståelse av diagnosen, og utarbeider spørsmål.	Søsken: Formidler spørsmål og utfordringer til foreldrene sine. Foreldre: Trener på kommunikasjonsteknikkene de har lært.	Utforsker følelser, og utarbeider spørsmål.	Søsken: Formidler spørsmål og utfordringer til foreldrene sine. Foreldre: Trener på kommunikasjonsteknikkene de har lært.
Foreldre	Foreldre får informasjon om SIBS.	Hvordan utforske barnas forståelse av diagnosen. Introduksjon av kommunikasjonsteknikker.	Gruppeleder: gir kort veiledning til hvert søskenforeldrepar. Mål: Foreldre og barn får nye gode samtaleerfaringer.	Hvordan lytte, utforske og bekrefte det barnet finner følelsesmessig utfordrende.	Gruppeleder: gir kort veiledning til hvert søskenforeldrepar. Mål: Foreldre og barn får nye gode samtaleerfaringer.

Note: Figur 1 er en tilpasning av oversikten fra SIBS-manualen (tilgjengelig på sibs.no).

1.4 Implementering og behovet for å måle tiltaksintegritet

Tiltaksintegritet er del av de mer overordnede konstruktene implementering og implementeringskvalitet (McLeod et al., 2013). Implementering er et omfattende begrep som forenklet omhandler prosessen med integrering og etablering av evidensbaserte tiltak i praksis. Denne prosessen består av mange ofte gjensidig avhengige elementer som strekker seg fra økonomiske bevilgninger og godkjenninger på ledernivå, til tiltakslederens villighet til å lære seg nye metoder (Sørлие et al., 2010). Implementeringskvalitet beskriver hvor godt tiltakene iverksettes og implementeres, altså i hvilken grad intervensjonen samsvarer med det som var planlagt i utgangspunktet (Domitrovich et al., 2008). Implementeringskvalitet ser ut til å være assosiert med utfallet av intervensjoner og kan dermed være en sentral faktor når det gjelder intervensjonens suksess i praksis. En litteraturgjennomgang av fem meta-analyser og over 500 enkeltstudier fant gjennomsnittlige effektstørrelser som var to til tre ganger høyere for intervensjoner med høy implementeringskvalitet sammenlignet med intervensjoner med svak implementering, og konkluderte med at grad av implementering tydelig påvirket utfall av intervensjonene (Durlak & DuPre, 2008).

Implementeringskvalitet deles konseptuelt opp i to deler: programintegritet og tiltaksintegritet. I korte trekk handler programintegritet om økonomiske rammebetingelser og ressurser, i hvilken grad det er villighet til å iverksette tiltak på system- og individnivå, og hvordan man kan sikre at implementeringen gjennomføres på en god måte, for eksempel ved å sette av ressurser til opplæring og veiledning (Sørлие et al., 2010). Tiltaksintegritet beskriver hvordan elementene i intervensjonen blir administrert i praksis, og i hvor stor grad denne gjennomføringen tilsvarende tenkte intervensjonen (Kerns et al., 2021; Perepletchikova et al., 2007). Interessen for tiltaksintegritet startet på 1970-tallet, og økt interesse for dette førte til ny forståelse og kunnskap om tiltaksintegritet, og hvordan dette kunne måles. Dette ledet også til ulike definisjoner og begrepsbruk (Toomey et al., 2020), samt rammeverk for å konseptualisere tiltaksintegritet (for eksempler se Borrelli, 2011; Carroll et al., 2007; Dane & Schneider, 1998; Gearing et al., 2011; Huang et al., 2014). Felles er imidlertid at tiltaksintegritet blir ansett som et konsept som består av flere komponenter (Sanetti et al., 2020; Sutherland & McLeod, 2022; Sutherland et al., 2013), og ofte er dette en kombinasjon av komponentene etterlevelse, kompetanse, differensiering, dose og relasjonelle faktorer (Lemire et al., 2022).

Å måle tiltaksintegritet er vesentlig av flere grunner. For det første tyder studier på at tiltaksintegritet kan ha en sammenheng med kliniske utfall (Cuddeback et al., 2013; Hamre et

al., 2010; Ruble et al., 2013; Schoenwald et al., 2003). En meta-analyse basert på 17 studier om evidensbaserte intervensjoner for ungdom med dyssosial atferd, fant en sammenheng mellom høye nivåer av tiltaksintegritet og medium til store utfallseffekter ($d = 0.63$). Imidlertid var utfallseffektene ikke signifikante i evidensbaserte intervensjoner der tiltaksintegriteten var lav ($d=.14$) (Goense et al., 2016). Dette er i tråd med en annen litteraturgjennomgang som fant at nivåer av tiltaksintegritet på omkring 60% var assosiert med positive resultater (Durlak & DuPre, 2008).

For det andre er måling av tiltaksintegritet viktig for evaluering og kvalitetssikring av implementeringen av evidensbaserte intervensjoner (McLeod et al., 2023), og kan bidra til å lette intervensjoners overgang ut i praksis (Kerns et al., 2021). For det tredje kan det å undersøke tiltaksintegritet gi informasjon om hvorvidt tiltaksledere implementerer intervensjonen slik den opprinnelig var tenkt, og gi kunnskap om utfordringer som tiltaksledere møter på som kan være til hinder for gjennomføring. Dette gir viktig informasjon om intervensjonens styrker og svakheter, som kan benyttes til videreutvikling (Domitrovich & Greenberg, 2000). Dette kan også legge føringer for ytterligere trening eller opplæring av tiltaksledere (Lemire et al., 2022). Dersom evalueringer viser lav tiltaksintegritet, men tiltaket viser seg å ha effekt, gir dette også nyttig informasjon som kan brukes til å tilpasse aspekter av implementeringen som ikke fungerte (McLeod et al., 2013). Manglende effekt av en intervensjon kan både relateres til intervensjonen i seg selv, eller til svikt i implementeringen (Sutherland et al., 2013). Å ikke måle tiltaksintegritet gjør det dermed vanskelig å vite om en potensiell effekt skyldes elementer ved intervensjonen, eller om det kan knyttes til hvordan intervensjonen faktisk ble utført i praksis (Toomey et al., 2020).

1.5 Konseptualisering av tiltaksintegritet i denne delstudien

Denne delstudien benytter Sutherland og medforfatteres (2013) rammeverk for implementering, og deres definisjoner og retningslinjer for evaluering av implementeringskvalitet. Modellen retter seg mot implementering av evidensbaserte intervensjoner for barn med fokus på forebygging av emosjons- og atferdsvansker (2013), og passer således for å måle tiltaksintegritet i SIBS-intervensjonen, som retter seg mot forebygging og bedring av søskens psykiske helse. Modellen omfatter retningslinjer for implementering og omhandler tre komponenter: struktur, tiltaksintegritet og utfall. Forfatterne tar utgangspunkt i at implementeringens kvalitet i hver enkelt komponent kan påvirke og bli påvirket av kvaliteten i de andre komponentene. Struktur omhandler ulike faktorer som kan

påvirke tiltaksintegritet og utfall, for eksempel intervensjonskarakteristikker, opplæring og veiledning av tiltaksledere, administrativ støtte, og aspekter ved tiltaksledere og deltakere. Under tiltaksintegritet beskrives subkomponenter av tiltaksintegritet og hvordan disse kan evalueres, mens utfallsdelen omhandler ønskede utfall assosiert med intervensjonen (Sutherland et al., 2013). Undersøkelse av struktur og utfall faller utenfor denne delstudien, der fokus kun er rettet mot delen av modellen som omhandler tiltaksintegritet.

Rammeverket definerer tiltaksintegritet som i hvilken grad intervensjonen blir administrert i praksis sett opp mot den opprinnelige intensjonen (Sutherland et al., 2013). Tiltaksintegritet konseptualiseres til å inneholde fire komponenter: etterlevelse, kompetanse, differensiering og relasjonelle faktorer. Etterlevelse defineres i delstudien som i hvilken grad tiltaksleder utfører elementene innenfor intervensjonen slik den var designet (2013), altså i hvilken grad spesifikke elementer fra manualen eller intervensjonsmodellen blir utført (Collyer et al., 2020). Kompetanse defineres i delstudien som kvaliteten på tiltakslederens administrasjon av intervensjonens manualelementer (Sutherland et al., 2013). Differensiering defineres i delstudien som i hvilken grad og hvordan tiltaksleder avviker fra intervensjonen, for eksempel i hvilken grad elementer som ikke er en del av intervensjonen blir utført (2013). Relasjonelle faktorer blir beskrevet som hvordan intervensjonen blir mottatt av deltakerne, for eksempel når det gjelder deltakeres engasjement, allianse og respons til intervensjonen (2013). Fokus for denne delstudien er imidlertid kun på komponentene etterlevelse, differensiering og kompetanse.

1.6 Måling og vurdering av tiltaksintegritet

Implementation of Treatment Integrity Procedures Scale (ITIPS), er et måleverktøy for evaluering av studier som har undersøkt intervensjoners tiltaksintegritet. Måleverktøyet redegjør for flere elementer som er viktig for å sikre tilstrekkelig undersøkelse av tiltaksintegritet (Perepletchikova et al., 2007). Disse inkluderer blant annet etablering, vurdering, evaluering og rapportering. Etablering av tiltaksintegritet innebærer bruk av manual eller andre detaljerte protokoller i intervensjonen, samt opplæring og oppfølging av tiltaksledere. Videre innebærer vurdering bruk av tilstrekkelige metoder for å måle tiltaksintegritet, mens tilstrekkelig evaluering blant annet innebærer at kodere får opplæring i bruk av måleinstrumentet. I tillegg til dette er det viktig med eksplisitt operasjonalisering av tiltaksintegritet, og at resultatene blir tilstrekkelig rapportert i etterkant (Perepletchikova et al., 2007).

På bakgrunn av at flere forskere bruker ulike definisjoner, noe som har blitt ansett som et problem i implementeringsfeltet over lang tid (Lemire et al., 2022; McLeod et al., 2013; Sutherland et al., 2013), er det vesentlig at komponentene er eksplisitt definert (Sanetti et al., 2020), og på denne måten gjøres målbare. Tiltaksintegritet brukes ofte synonymt med begreper som fidelity, treatment fidelity, treatment implementation, intervention fidelity, procedural reliability og programme integrity (Lemire et al., 2022; Toomey et al., 2020). Dette kan bidra til forvirring i feltet og utfordringer med å sammenligne ulike studier. Flere litteraturgjennomganger tyder på at få studier oppgir en operasjonell definisjon av undersøkte komponenter. For eksempel fant en litteraturgjennomgang at etterlevelse og kompetanse kun ble eksplisitt definert i henholdsvis 24% og 5% av studiene (Cox et al., 2019), mens en annen litteraturgjennomgang fant at kun 28% av studiene definerte alle undersøkte komponenter (Sanetti et al., 2020).

Bruk av reliable metoder er viktig for å sikre tilstrekkelig måling av tiltaksintegritet. Imidlertid fant en litteraturgjennomgang av 188 studier at kun 10% brukte adekvate metoder (Cox et al., 2019). Metoder for måling av tiltaksintegritet innebærer ofte bruk av direkte eller indirekte metoder. Direkte metoder innebærer observatører som koder lydklipp eller video av intervensjonsøktene, mens indirekte metoder ofte innebærer bruk av selvrapporing (Kerns et al., 2021). Bruk av direkte metoder med uavhengige observatører kan bidra til relativt objektive målinger og informasjon om hvordan tiltakslederne utfører den enkelte økten (McLeod et al., 2013), og blir dermed ofte regnet som gullstandarden i forskning på tiltaksintegritet (Kerns et al., 2021; McLeod et al., 2022; Sanetti et al., 2020). Studier på indirekte metoder tyder derimot på at bruk av selvrapporing kan gi mindre nøyaktige data (McLeod et al., 2013). Direkte metoder kan utføres ved bruk av uavhengige eller investerte observatører. Investerte observatører har ofte større kjennskap til gruppelederne de skal vurdere, eller har gitt dem opplæring i forkant. Til forskjell kjenner vanligvis ikke uavhengige observatører til gruppeledernes eller deltakernes identitet. Metoden innebærer at observatørene får opplæring i koding av datamaterialet, og evaluerer tiltaksintegritet på bakgrunn av dette materialet. Imidlertid fant Cox og medforfattere at det i kun 4% av studiene i litteraturgjennomgangen ble gitt tilstrekkelig opplæring til kodere for skåring av tiltaksintegritet (2019). Bruk av direkte metoder kan bidra til data med høy økologisk validitet (McLeod et al., 2023), men er ofte tid- og kostnadskreven og kan være vanskelig å gjennomføre på en praktisk måte (Kerns et al., 2021).

Ved måling av tiltaksintegritet er det også vesentlig å bruke måleinstrumenter med gode psykometriske egenskaper. Studier i implementeringsfeltet tyder imidlertid på et

begrenset utvalg psykometrisk evaluerte instrumenter for å måle tiltaksintegritet ved psykoterapeutiske intervensjoner (Cox et al., 2019; Toomey et al., 2020). I tråd med dette fant en litteraturgjennomgang som undersøkte prosedyrer for tiltaksintegritet, at mange studier brukte egne instrumenter eller sjekklister som ikke var blitt testet før, muligens på grunn av mangel på tilpassede måleinstrumenter (Cox et al., 2019). Eksempler på to måleinstrumenter med gode psykometriske egenskaper er Cognitive Therapy Adherence and Competence Scale (CTACS) (Barber et al., 2003) og Competence and Adherence Scale for Cognitive Behavioral Therapy (CAS-CBT) (Bjaastad et al., 2016). Sistnevnte er utviklet for evaluering av tiltaksintegritet i manualbaserte kognitiv atferdsterapi-intervensjoner, rettet mot barn og unge med angstlidelser. CAS-CBT består av 11 ledd for å evaluere kompetanse og etterlevelse. Etterlevelse og kompetanse blir rangert på to ulike skalaer, med rangering på Likert-skala fra 0-6, for henholdsvis syv og fire ledd (Bjaastad et al., 2016). Studier av måleinstruments psykometriske egenskaper indikerer utmerket indre konsistens og god interrater-reliabilitet, med god enighet mellom kodere på kompetanse og utmerket enighet mellom kodere på etterlevelse (Bjaastad et al., 2016; Harstad et al., 2021). Dette tyder på at måleinstrumentet har tilfredsstillende psykometriske egenskaper, som kan gi reliable mål på tiltaksintegritet.

Etterlevelse kan forstås som et kvantitativt mål, der man for eksempel teller hvilke manualbaserte oppgaver tiltaksleder utfører eller ikke utfører i henhold til prosedyrene (Perepletchikova et al., 2007). Kompetanse omhandler å undersøke kvaliteten på utførelsen av intervensjonen, men det har imidlertid blitt ansett som krevende å definere hva kvalitet konkret innebærer, hvilke elementer som det bør fokuseres på, og hvordan det praktisk kan måles (Sutherland et al., 2013). Noen deler kompetanse inn i tekniske ferdigheter, for eksempel hvor godt de ulike elementene ble utført (Barber et al., 2006). Andre har inkludert tiltakslederens evne til timing på utførelse av elementene, samt tilpasning og fleksibel bruk av elementene til situasjonen eller deltaker (Sutherland et al., 2013). Vanligvis måles differensiering ved å sammenligne to ulike tiltak, for eksempel et evidensbasert tiltak med vanlig behandling, der man undersøker om den vanlige behandlingen også inkluderer elementer som er tenkt å være spesifikke for intervensjonen (Perepletchikova et al., 2007). Differensiering kan også måles ved å undersøke hvor mange elementer og andre teknikker tiltaksledere legger til i intervensjonen, som ikke er spesifisert i manualen (Sutherland et al., 2013).

Til slutt er det viktig med detaljert rapportering av resultater. Forskning tyder imidlertid på flere svakheter i rapportering blant studier som undersøker tiltaksintegritet (Perepletchikova et al., 2007). Cox og medforfattere fant for eksempel at kun 14,8% av

studiene rapporterte resultater på en adekvat måte (2019). To andre litteraturgjennomganger fant i tråd med dette at relativt få studier rapporterte om måleinstrumentets validitet og reliabilitet (Toomey et al., 2020), og at mange oppga få detaljer knyttet til hvor mye og hvilke komponenter av tiltaksintegritet ble som undersøkt (Rojas-Andrade & Bahamondes, 2019).

1.7 Forskning på etterlevelse, differensiering og kompetanse

1.7.1 Fokus på tiltaksintegritet i forskningslitteraturen

Tradisjonelt har det vært lite fokus på tiltaksintegritet i psykologiske forskningsfelt (Sanetti et al., 2020). En litteraturgjennomgang fant at kun tre av åtte intervensjonsstudier for barn med risiko for emosjonelle og atferdsrelaterte vansker, rapporterte om etterlevelse og kompetanse. Ingen av studiene rapporterte om differensiering, og kun en studie rapporterte om relasjonelle faktorer (Sutherland et al., 2013). Når det kommer til intervensjoner for søsken til barn med kronisk sykdom, finnes det etter delstudieforfatterens kunnskap ingen litteraturgjennomganger som har evaluert tiltaksintegritet. For å likevel danne et bilde, har delstudiens forfattere sett nærmere på 34 søskenstudier som er beskrevet på tvers av tre litteraturgjennomganger (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023). På tvers av studiene var det få som evaluerte intervensjonens tiltaksintegritet. Kun seks studier (18%) nevnte begrepet etterlevelse, og ingen nevnte kompetanse eller differensiering. Av de få studiene som undersøkte etterlevelse i en viss grad varierte denne mellom 85% og 96% (Giallo & Gavidia-Payne, 2008; Jones et al., 2020; Roberts et al., 2015), og det var variasjon i hvordan etterlevelse var blitt undersøkt. For eksempel undersøkte en studie etterlevelse ved å se på i hvilken grad innholdet i ulike økter ble dekket av deltakerne ved hjelp av en sjekkliste (Giallo & Gavidia-Payne, 2008), mens en annen studie undersøkte om stegene i en intervensjonsprotokoll ble gjennomført (Jones et al., 2020).

I SIBS-intervensjonen har gruppelederens etterlevelse blitt undersøkt til en viss grad tidligere. I 2020 ble etterlevelse av manual undersøkt i en pilotstudie ved hjelp av en sjekkliste over obligatoriske elementer som skulle dekket, og resultatene viste gjennomsnittlig etterlevelse på 86%, med et spenn fra 79% til 94% (Haukeland et al., 2020). I tillegg har gruppelederens etterlevelse og kompetanse i SIBS-RCT blitt undersøkt for økt 1, 2 og 4. Resultatene i denne studien viste en gjennomsnittlig etterlevelse av manual på 79% og 80% for foreldre- og søskengruppen, og et gjennomsnittlig kompetansenivå på 84% av maks kompetanseskåre (Fløtten & Garras, 2022). Komponentene for tiltaksintegritet har imidlertid ikke blitt undersøkt for økt 3 og 5 av SIBS-RCT. På tross av at det tidligere har vært lite fokus

på tiltaksintegritet, kan det virke som at det generelt har vært en økning i interesse for dette de siste årene (Cox et al., 2019; Sanetti et al., 2020). En litteraturgjennomgang fant for eksempel at 73% av undersøkte studier fra tidsskrifter for skolepsykologi inkluderte kvantitative data på tiltaksintegritet, noe som indikerte en økning på 35% sammenlignet med funn fra en tidligere gjennomgang (Sanetti et al., 2020).

1.7.2 Forskning på etterlevelse

De siste årene har flere forskere undersøkt sammenheng mellom etterlevelse og utfall, med noe motstridende funn. En meta-analyse som undersøkte psykoterapistudier for barn og unge, fant evidens for en liten, men signifikant sammenheng mellom utfall og etterlevelse (Collyer et al., 2020). Flere andre studier har også funnet sammenheng mellom etterlevelse og utfall (Hogue et al., 2008; Schoenwald et al., 2008). For eksempel fant en litteraturgjennomgang som undersøkte intervensjoner for barn og unges mentale helse, at høyere etterlevelse var relatert til bedre utfall i noen intervensjoner (Novins et al., 2013). Samtidig er det andre funn som peker i en annen retning. En metaanalyse fant ikke støtte for at etterlevelse påvirket utfall (Webb et al., 2010), noe som er i tråd med flere andre studier (Barber et al., 1996; Barber et al., 2006; Tschuschke et al., 2015). Blant studier som fant sammenheng mellom etterlevelse og utfall, er det også inkonsistente funn relatert til om det finnes andre variabler som kan påvirke retningen og styrken på sammenhengen. En meta-analyse fant ingen modererende faktorer som kunne forklare sammenhengen (Collyer et al., 2020), mens en annen studie fant en interaksjon mellom allianse, og et kurvelineært forhold mellom etterlevelse og utfall. Studien tydet på at dersom det var svak allianse mellom tiltaksleder og deltaker, spilte grad av etterlevelse en viktigere rolle for deltakernes utfall, enn hvis alliansen var sterk (Barber et al., 2006).

Enkelte studier har pekt på et kurvelineært forhold mellom etterlevelse og utfall. I en studie som undersøkte rusbruk og depressive symptomer fant forskerne at et middels nivå av etterlevelse ga de beste utfallene, mens både høye og lave nivåer av etterlevelse var relatert til dårligere utfall (Barber et al., 2006). En annen studie fant tilsvarende sammenhenger (Hogue et al., 2008). Andre studier tyder på at faktorer som varighet av intervensjonen kan påvirke grad av etterlevelse (Husabo et al., 2021), og at etterlevelse kan variere i stor grad på tvers av ulike terapeuter (Tschuschke et al., 2015). Det kan således tenkes at ulike intervensjoner oppnår ulik etterlevelseshgrad avhengig av intervensjonens rammer og egenskaper ved ulike tiltaksledere.

1.7.3 Forskning på kompetanse

Etterlevelse og kompetanse er de to komponentene som oftest blir undersøkt i intervensjoner (Hogue et al., 2008; Kerns et al., 2021). Å måle tiltakslederens kompetanse kan bidra til mer nyansert kunnskap om tiltakslederens atferd i intervensjonen, og hvordan hen utfører de foreskrevne oppgavene (Kerns et al., 2021). Dette er til forskjell fra studier på etterlevelse, som gir en mer kvantitativ indikasjon på hvilke elementer som blir utført. En tiltaksleder kan for eksempel oppnå høy etterlevelse og lav kompetanse, eller lav etterlevelse og høy kompetanse. Å måle kompetanse i tillegg til etterlevelse kan altså gi informasjon om tiltakslederens ferdighetsnivå i intervensjonen, og grad av kvalitet på hvordan de spesifikke elementene blir utført i praksis (Sutherland et al., 2013). Kompetanse kan også operasjonaliseres til å omhandle terapeutfaktorer, som evne til timing på intervensjonen, evne til å skape allianse, terapeutisk erfaring, holdning og fleksibilitet (Tschuschke et al., 2015).

Aspekter ved kompetansemålet, som fleksibilitet, kan påvirke intervensjonen på ulike måter. En litteraturgjennomgang fant for eksempel at tiltaksleders tilpasning av intervensjonen til den spesifikke deltakeren (fleksibilitet) ledet til mindre frafall, økt engasjement og bedre utfall for deltakerne i noen studier (Novins et al., 2013). Videre er det usikkerhet knyttet til om det finnes en sammenheng mellom tiltakslederens kompetanse i administreringen av intervensjonen, og intervensjonenes utfall. Flere studier finner ingen sammenheng mellom kompetanse og utfall (Barber et al., 2006; Webb et al., 2010), men en studie argumenterer likevel for at en eventuell sammenheng ikke kan utelukkes (Collyer et al., 2020). Andre forskere antar også at høy grad av kvalitet på utførelsen av intervensjonselementene vil kunne påvirke utfallet (Durlak et al., 2011; Wanless & Domitrovich, 2015). Dette tydeliggjør et behov for mer forskning om hvilke implikasjoner komponenten har for utfall (Collyer et al., 2020).

1.7.4 Forskning på differensiering

Differensiering ser ut til å være mindre undersøkt i studier, sammenlignet med etterlevelse (Sanetti et al., 2020). Selv om færre studier har fokusert på denne komponenten, er den ikke uten betydning. Differensiering kan gi nyttig informasjon om i hvilken grad tiltaksledere avviker eller legger til elementer i intervensjonen, om når dette skjer, samt hvilke elementer det gjelder. På denne måten får man nyansert informasjon, som kan supplere kunnskapen man har ervervet om etterlevelse av intervensjonen. Et viktig skille mellom etterlevelse og differensiering er at etterlevelse gir informasjon om i hvilken grad tiltaksledere utfører de spesifikke oppgavene i manualen, mens differensiering sier noe om utførelse av elementer som gjøres i tillegg, og som ikke er spesifisert som et manualelement (Sutherland et al., 2013). En mulig forklaring på at tiltaksledere legger til elementer er at de ofte har ulik bakgrunn. Dette kan bidra til at de ubevisst tar med seg ferdigheter og kunnskap fra andre praksiser, noe som igjen kan øke sjansen for at de bruker andre teknikker eller legger til elementer i intervensjonen (McLeod et al., 2013; Weisz et al., 2009).

Kunnskap om tiltakslederens etterlevelse og differensiering kan videre gi økt forståelse for om og når slike tilleggselementer kan påvirke utfall (Waltz et al., 1993). Hvis man ikke undersøker differensiering, er det vanskelig å kartlegge om en potensiell effekt skyldes tillagte elementer eller elementer som opprinnelig var del av intervensjonen. På tilsvarende måte vil det være vanskelig å kartlegge årsaken til en potensielt manglende effekt. Således kan differensiering tenkes å bidra til «utvanning» av effekten av intervensjonen (Perepletchikova & Kazdin, 2005). Det er imidlertid usikkert om differensiering bidrar positivt, negativt eller nøytralt på intervensjonens effekt (Hill et al., 2007; Holliday et al., 2009; Toomey et al., 2020).

1.7.5 Sammenhenger mellom etterlevelse, kompetanse og differensiering

Undersøkelse av sammenhenger mellom etterlevelse, kompetanse og differensiering er viktig for å forstå deres rolle i tiltaksintegritet, samt hvordan komponentene og deres interaksjon kan påvirke utfall. Det ser ikke ut til at relasjonen mellom differensiering og andre komponenter har blitt undersøkt i særlig grad. Forholdet mellom etterlevelse og kompetanse har imidlertid blitt undersøkt i noen studier, men med ulike funn. Noen studier tyder på at komponentene samvarierer, med signifikante korrelasjoner som varierer mellom $r = 0.35$ (Perepletchikova et al., 2007), $r = 0.58$ (Barber et al., 2006) og $r = 0.79$ (Bjaastad et al., 2016). En studie fant imidlertid ikke støtte for at kompetanse var signifikant assosiert med etterlevelsesskårer

(Paivio et al., 2004). Høy korrelasjon kan tyde på at etterlevelse og kompetanse måler noe av de samme elementene, mens lav korrelasjon kan tyde på at de måler forskjellige konsepter. På tross av at noen studier finner høy samvariasjon mellom komponentene, er det likevel indikasjon for at etterlevelse og kompetanse bør måles som ulike komponenter i studier av tiltaksintegritet (McLeod et al., 2013; Perepletchikova et al., 2007; Sutherland et al., 2013).

1.8 Problemstillinger

Få intervensjonsstudier for søsken som pårørende har evaluert tiltaksintegritet, noe som er viktig for å kvalitetssikre intervensjonens nytte i praksis. På bakgrunn av dette, var målet med denne delstudien å undersøke tiltaksintegritet i SIBS-intervensjonens økt 3 og 5.

Delstudien undersøkte følgende problemstillinger:

1. I hvilken grad blir elementene i økt 3 og 5 administrert av gruppeledere i praksis sammenlignet med den opprinnelige intervensjonen? For å besvare denne problemstillingen undersøkes tiltaksintegritet med fokus på tre underkomponenter, spesifikt etterlevelse, kompetanse og grad av differensiering i veiledningsøktene.
2. I hvilken grad er det sammenheng mellom komponentene etterlevelse, differensiering og kompetanse i økt 3 og 5?

2. Metode

2.1 Design

Studien var basert på kvantitative data, og hadde et deskriptivt design. På bakgrunn av dette designet hadde ikke delstudien spesifikke hypoteser om funn. Grad av tiltaksintegritet i SIBS-RCT økt 3 og 5 ble målt ved et skåringskjema basert på CAS-CBT, som var utviklet av prosjektleder Krister Fjermestad. Tiltaksintegritet ble vurdert ved å undersøke gruppeledernes grad av etterlevelse, kompetanse og differensiering i veiledningsøktene, med formål om å skaffe nyansert informasjon om hvordan øktene ble administrert i praksis opp mot SIBS-manualen og intervensjonens opprinnelige intensjon.

2.1.1 SIBS-RCT

Denne studien er del av forskningsprosjektet SIBS-RCT, som er i regi av Lillestrøm kommune, Psykologisk Institutt ved Universitetet i Oslo og Frambu (Bufdir, 2022; sibs.no; sjelden.no). SIBS-RCT har et utvalg på 289 foreldre og søsken til barn med en kronisk sykdom (herunder nevroutviklingsforstyrrelser, medfødt hjertefeil, diabetes, kreft, ervervet hjerneskade, spiseforstyrrelser og sjeldne diagnoser), samt 38 gruppeledere med helsefaglig bakgrunn. Datainnsamlingen i SIBS-RCT er pågående, og i denne delstudien brukes et underutvalg som utfallsdata foreløpig ikke er innsamlet for. SIBS-RCT er en randomisert kontrollert studie, der deltakerne blir randomisert til enten intervensjonsgruppe eller kontrollgruppe med 12-ukers venteliste. Målingene gjennomføres ved pre- og postintervensjon/venteliste, samt ved 3-, 6- og 12-måneders oppfølging. Studiens formål er å bedre søskens psykiske helse, samt kommunikasjon mellom foreldre og barn. Intervensjonens effekt blir undersøkt ved å sammenligne intervensjon- og ventelistegruppen. Det primære utfallsmålet er søskens mentale helse, mens sekundære utfallsmål er livskvalitet og familiekommunikasjon. Familiene som deltar i SIBS-RCT rekrutteres via kommunale helsetilbud, brukerforeninger og fra spesialisthelsetjenesten fra ulike steder i Norge. En lokal koordinator fra hvert sted sender ut invitasjoner til familier om å delta i studien. Et inklusjonskrav er at barnet med diagnose mottar tjenester fra kommune eller spesialisthelsetjeneste og et eksklusjonskriterium er at søsken selv har en av inklusjonsdiagnosene i studien.

2.1.2 Delstudiens fokus: veiledning i SIBS-RCT økt 3 og 5

I veiledningsøktene (økt 3 og 5) går foreldre og barn sammen i par, og blir instruert til å snakke sammen i minimum 20 minutter, opptil én time. Barnets oppgave er å komme med spørsmål til forelderen og delta i samtalen, mens foreldrenes oppgave er å lytte til, utforske og bekrefte det barnet forteller, før de gir informasjon (økt 3) eller drøfter løsningsforslag (økt 5). Samtalene i denne delstudien hadde en gjennomsnittlig lengde på 26 minutter for økt 3 (SD = 7,7), og 29 minutter for økt 5 (SD = 8,3). Gruppeleders rolle i øktene er å veilede kommunikasjonen mellom foreldre og barn, med mål om å styrke en åpen, utforskende og bekreftende/validerende kommunikasjonsstil (Vatne et al., 2019). SIBS-manualen inneholder beskrivelser av organiseringen av øktene, nødvendig utstyr, oppgaver som skal fullføres, tips til kommunikasjonsteknikker og forslag til hvordan vanskelige situasjoner som kan oppstå underveis kan håndteres (Vatne et al., 2019). Retningslinjer for veiledning er beskrevet i manual, og er omtrent like for begge øktene. Gruppeleder skal komme inn i rommet etter at forelder og barnet har snakket sammen en kort stund. Gruppeleders oppgaver består i å lytte kort til samtalen, deretter avbryte for å gi en kort tilbakemelding til forelder, for så å forlate rommet. Tilbakemeldingen består av følgende felles elementer for øktene:

1. Gi tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å lytte, bekrefte og utforske.
2. Identifisere områder som kan utforskes nærmere og oppfordre foreldrene til å gjøre dette.
3. Stoppe foreldre som går i forsvar eller begynner å forklare heller enn å utforske barnas utfordring/løsningsforslag og veilede dem til å utforske og lytte.

I økt 5 er det imidlertid formulert to ekstra oppgaver i manualen: Gi barna støtte og ros, og ansvarliggjøre barna når det gjelder å bidra i samtalen. Dette står ikke nevnt i økt 3.

Veiledningene i denne delstudien varte gjennomsnittlig i 10 minutter (SD = 8,1) i økt 3, og 10 minutter (SD = 7,4) i økt 5.

2.1.3 Etske betraktninger

SIBS RCT-studien er godkjent av REK (#12890) og NSD (#451563), og alle deltakere samtykker til deltakelse. Alle deltakere har mulighet til å trekke seg fra studien når som helst, uten å oppgi årsak. Søsken og ungdom med diagnose over 16 år ved oppstart av studien blir

bedt om å gi eget samtykke til deltakelse. Etter lengre drøfting med REK ble det avgjort at barnet med diagnose samtykker etter foresattes skjønn basert på deres vurdering av barnets samtykkekompetanse. Det er altså foreldrene som avgjør om barn med diagnose over 16 år skal samtykke aktivt. Alle deltakere blir informert om bruk av video og lydopptak i forkant av intervensjonen. De får også informasjon om at datamaterialet lagres i Tjenester for Sensitive Data (TSD).

Samtalene i økt 3 og 5 kan innebære sensitive og emosjonelt krevende tema for foreldre og barn. Selv om intensjonen med øktene er å skape en trygg og meningsfull opplevelse for begge parter, kan det ikke utelukkes at noen samtaler blir ubehagelige, kunstige eller utfordrende. Videre kan det tenkes at dårlig eller mangelfull veiledning blant annet kan lede til at forelder føler seg mislykket i å kommunisere emosjonsstøttende, eller at barnet ikke føler seg hørt eller forstått. At foreldre og barn får dårlige erfaringer med å prate åpent om emosjonelt krevende tema, vil naturligvis være et uønsket utfall og imot intervensjonens grunnleggende intensjon om å bedre kommunikasjonen mellom foreldre og barn (Haukeland et al., 2020). På et vis kan man si at det potensielle uønskede utfallet understreker viktigheten av at gruppeledere får tilstrekkelig opplæring i forkant av intervensjonen, og videre at man vurderer gruppeledernes evne til å levere intervensjonen slik den er intendert underveis. Førstnevnte har forskningsgruppen tatt høyde for gjennom opplæring (Fjermestad et al., 2020), og sistnevnte blir gjort gjennom denne delstudien. Pilotstudien som ble gjennomført i forkant av SIBS-RCT viste også god brukertilfredshet hos deltakerne (Haukeland et al., 2020), og det har blitt vurdert at intervensjonen ikke vil medføre skade for deltakerne.

2.2 Deltakere

2.2.1 Søsken og foreldre

Denne delstudien inkluderte 78 søsken og 78 foreldre fra det totale SIBS-RCT-utvalget. Søsknene var i alderen 8 til 15 år, med et gjennomsnitt på 10,1 år ($SD = 1,7$). En tredjedel (37%) var gutter, 60% var jenter og for 3% manglet det data om kjønn.

2.2.2 Gruppeledere

Data over antall unike gruppeledere i datamaterialet var ikke tilgjengelig i SIBS databaser, og kunne ikke identifiseres ut fra lydopptak. På bakgrunn av dette er det ukjent hvor mange unike gruppeledere som er inkludert i materialet. Mange av gruppelederne utførte imidlertid

flere intervensjoner i innsamlingsperioden. Dette medførte at delstudien fokuserte på antall veiledningsøkter, og ikke antall unike gruppeledere. Gruppelederne hadde ulike bakgrunn, og omfattet psykologer, pedagoger, sosionomer, vernepleiere, sykepleiere, miljøarbeidere og psykologistudenter. Felles var at de var ansatt i kommunale tjenester eller spesialisthelsetjenesten og hadde helsefaglig utdanning, eller var psykologistudenter (Fjermestad et al., 2020). Gruppeledere ble rekruttert fra de lokale helsetjenestene der SIBS-intervensjonen fant sted, og i tillegg ble et team av psykologistudenter rekruttert fra Psykologisk institutt ved Universitetet i Oslo for å bistå med intervensjonene. Bøe (den ene forfatteren av delstudien) var en av disse. Alle gruppelederne fikk opplæring som bestod av en to-dagers praktisk workshop, og en times e-læringskurs med levering av påfølgende refleksjonsnotat. I workshopen fikk gruppelederne en praktisk gjennomgang av alle gruppeøktene med påfølgende rollespill og praktisk trening. Gjennom datainnsamlingsperioden ble det i tillegg arrangert halvårlige webinarer for gruppeledere med repetisjon av manualen, samt mulighet for å drøfte problemstillinger knyttet til utførelse av intervensjonen.

2.3 Utvalg av veiledningsøkter

Totalt ble 104 veiledningsøkter inkludert, hvorav 52 var fra økt 3 og 52 var fra økt 5. Øktene ble tilfeldig trukket fra 38 gjennomførte gruppeintervensjoner fra syv ulike intervensjonssteder. Intervensjonene ble gjennomført mellom november 2019 og juni 2021. Det ble gjort lydopptak av øktene ved hjelp av Nettskjema diktafon-appen. Via denne appen ble opptakene sendt kryptert og lagret i TSD. Kun prosjektinnmeldte medarbeidere hadde tilgang til datamaterialet. På grunn av tilfeldigheter ved utplukking av øktene, inkluderte noen av veiledningsøktene lydopptak fra både økt 3 og 5 fra samme forelder-barn-duo. Dette medførte at det var 78 ulike foreldre-barn duoer representert i 104 veiledningsøkter. Videre var det ikke nødvendigvis samme gruppeleder som veiledet økt 3 og 5 for samme forelder-barn-duo. Det ble imidlertid vurdert at dette hadde liten betydning for delstudiens fokus, som er gruppelederes grad av etterlevelse, differensiering og kompetanse i øktene. Det ble inkludert tre veiledningsøkter i datamaterialet (av totalt 104) der Bøe kodet seg selv som gruppeleder. To av disse tre ble imidlertid dobbeltkodet av Johansen.

2.4 Måleinstrument

Prosjektleder i SIBS-RCT (Fjermestad) utviklet et skåringskjema for måling av tiltaksintegritet i økt 3 og 5. Dette var basert på innholdet i SIBS-manualen, samt observasjonsskjemaene Competence and Adherence Scale for Cognitive Behavioral Therapy (CAS-CBT) (Bjaastad et al., 2016) og Therapy Process Observational Coding System—Alliance Scale (TPOCS-A) (McLeod & Weisz, 2005). Skåringskjemaet består av fire ulike kategorier: etterlevelse, differensiering, kompetanse og grad av krevende økt. Kategorien etterlevelse baserte seg på manualinstruksjonene for økt 3 og 5, mens leddene for differensiering ble inkludert på bakgrunn av initielle observasjoner av elementer gruppeledere ofte la til, som ikke var en del av de opprinnelige manualelementene. Kompetansemålet ble basert på TPOCS-A og CAS-CBT, mens hvor krevende økten var å veilede, kun var basert på CAS-CBT (Bjaastad et al., 2016).

I tillegg til disse fire kategoriene inkluderer skåringskjemaet to supplerende kategorier, «tidsbruk» og «tekniske aspekter». Ved «tidsbruk» blir blant annet varighet på veiledningen og øktens totale varighet skåret, mens opptakets tekniske kvalitet og om opptaket var fullstendig blir vurdert i «tekniske aspekter». Disse ble inkludert for å vurdere observasjonens gyldighet og kontekst for data. Se Appendix A for fullstendig versjon av skåringskjemaet.

2.4.1 Etterlevelse

Etterlevelse består av syv ulike ledd (se Tabell 1). Alle leddene har tre svarkategorier «ja», «nei» og «delvis», bortsett fra to ledd («Stopper foreldre» og «Ansvarliggjør barn»). De to sistnevnte har en fjerde svarkategori «ikke aktuelt». Svarkategoriene «ja», «nei» og «delvis» indikerer om, eller i hvilken grad, gruppeleder utfører det enkelte elementet. Overordnet indikerer en høy skåre på etterlevelse at gruppeleder gjør mye av det hen skal gjøre i henhold til manual. Det enkelte leddet blir skåret «ja», dersom elementet blir utført, og «nei» dersom det ikke blir utført. Et eksempel på oppnåelse av «delvis» kan være hvis gruppeleder i for eksempel økt 5 gir implisitt, men ikke eksplisitt ros til barnet: «Dere er så flinke til å snakke sammen!». Et annet eksempel kan være hvis gruppeleder gir tilbakemelding om at forelder burde øve på å utforske mer, uten å utdype hva eller hvilke områder som kunne vært utforsket.

Leddene «Stopper foreldre» innebærer at gruppeleder skal stoppe foreldre som går i forsvar eller motsetter seg teknikkene, mens leddet «Ansvarliggjør barn» innebærer at

gruppeleder skal oppfordre passive eller stille barn til å delta mer i samtalen. Svarkategorien «ikke aktuelt» blir benyttet for disse to leddene dersom indikasjonen eller behovet for at gruppeleder skal gripe inn i situasjonen ikke oppstår. Dette er for eksempel dersom barnet gjennomgående er aktiv i samtalen, eller forelder samarbeider godt og bruker teknikkene. I disse tilfellene er det dermed ikke aktuelt eller nødvendig at gruppeleder kommenterer på atferden, og «ikke aktuelt» blir vurdert som mer adekvat skåre enn «nei».

Tabell 1

Skåringskjema: Etterlevelse

Kode	Kortnavn	Ledd-formulering
E1	Ros	Gir barnet støtte og ros
E2	Tilbakemelding lytte	Gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å lytte/høre etter.
E3	Tilbakemelding bekrefte	Gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å bekrefte/vise at hen forstår.
E4	Tilbakemelding utforske	Gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å utforske/være nysgjerrig.
E5	Områder å utforske	Identifiserer områder som kan utforskes nærmere og oppfordrer foreldrene til å gjøre dette.
E6	Stopper foreldre	Stopper foreldre som går i forsvar eller begynner å forklare heller enn å utforske barnas utfordring/løsningsforslag og veilede dem til å utforske og lytte.
E7	Ansvarliggjør barn	Ansvarliggjør barna også når det gjelder å bidra i samtale.

Merk. Økt 3 besto av ledd E2-E6, mens økt 5 inkluderte alle syv leddene. Alle leddene ble skåret etter kategoriene «ja», «nei» og «delvis», bortsett fra ledd «Stopper foreldre» og «Ansvarliggjør barn» som i tillegg inkluderte kategorien «ikke aktuelt».

2.4.2 Differensiering

Kategorien differensiering består av ni ledd (se Tabell 2). Alle leddene under differensiering blir skåret på samme måte som for etterlevelse: «ja», «nei» og «delvis». Høy skåre på

differensiering indikerer at gruppeleder legger til mange elementer som ikke er del av manualinstruksjonene, mens lav skåre indikerer det motsatte. Et eksempel på oppnåelse av «delvis» kan være hvis gruppeleder for eksempel stiller et enkelt spørsmål til forelder utover å gi tilbakemelding om kommunikasjonsteknikker: «Har dere kommet i gang?». Et annet eksempel kan være hvis gruppeleder spør hvordan barnet har det, uten å beskrive hvordan hen tenker eller føler: «Hvordan går det med deg?».

Tabell 2

Skåringskjema: Differensiering

Kode	Kortnavn	Ledd-formulering
D1	Kommenterer kroppsspråk og annet	Gruppeleder kommenterer på kroppsspråk, atmosfære eller andre aspekter som er relatert til kommunikasjon, men ikke koblet til lytte-utforske-bekreft.
D2	Ber barnet mentalisere	Gruppeleder spør om barnet forstår/kan sette seg inn i foreldrenes tanker eller følelser.
D3	Gruppeleder mentaliserer barnet	Gruppeleder setter seg inn i barnet, og beskriver hvordan han/hun tenker eller føler.
D4	Dialog utover ros	Gruppeleder går i dialog med barnet utover å gi ros.
D5	Dialog utover tilbakemelding	Gruppeleder går i dialog med forelder utover å gi tilbakemelding om kommunikasjon.
D6	Andre tema	Gruppeleder introduserer andre tema enn kommunikasjonsteknikker i samtalen på eget initiativ.
D7	Gir løsningsforslag	Gruppeleder kommer med løsningsforslag til familiens utfordringer.
D8	Uteblir	Gruppeleder uteblir fra økten
D9	Returnerer	Gruppeleder kommer tilbake i rommet for å gi tilbakemelding flere ganger.

Merk. Alle leddene ble skåret etter kategoriene «ja», «nei» og «delvis».

2.4.3 Kompetanse

Kompetanse består av ett enkelt ledd som blir skåret på skala fra 0-5, som i skåringskjemaet blir formulert som «Total vurdering av gruppeleders kompetanse i økten, fra 0 (meget dårlig) til 5 (meget god)». Leddet blir skåret ved en helhetlig vurdering, der elementer som gruppeleders fleksibilitet og tilpasning, samt forståelse av hvilke oppgaver de skal utføre og ikke utføre inngår. I tillegg til dette blir det tatt hensyn til relasjonelle faktorer ved barnet og forelder som kan gjøre økten mer krevende å gi veiledning på.

2.4.4 Krevende

«Krevende» består av ett enkelt ledd, og blir skåret på en skala fra 0-5. I skåringskjemaet blir leddet formulert som «Hvor krevende var denne økten ut ifra samtalen karakter fra 0 (meget lett) til 5 (meget krevende)». Her inngår vurdering av aspekter ved barnet og forelder som kan påvirke hvor krevende økten er å veilede for gruppeleder, for eksempel samarbeid, motivasjon, atferd og engasjement. I tillegg til skåring fra 0-5, blir skåren supplert med korte notater som beskriver hvorfor økten blir vurdert som lite, middels eller svært krevende. Formålet med å inkludere leddet var å skaffe informasjon om selve veiledningssituasjonen, som potensielt kunne gi et mer nyansert bilde av gruppeledernes kompetanse, etterlevelse og differensiering.

2.5 Prosedyrer

2.5.1 Skåringsprosedyre

Veiledningsøktene ble skåret i perioden februar til oktober 2021 av den ene forfatteren av delstudien (Bøe). Bøe fikk i forkant opplæring og veiledning i skåring med måleinstrumentet av prosjektleder Fjermestad. Skåringsprosedyren ble utført i Tjenester for Sensitive Data (TSD), hvor lydopptak og alle tilhørende data er lagret, og ble gjennomført ved å lytte og ta notater til lydopptak fra økt 3 og 5. Etter å ha lyttet til hele samtalen, ble deretter gruppeleders utførelse av de ulike elementene kodet i skåringskjemaet for vurdering av de ulike komponentene. Det ble også notert utdypende kommentarer til øktene. Prosedyren tok omtrent 30-45 minutter per økt.

2.5.2 Beregning av skårer

Beregning av etterlevelse

For å beregne grad av etterlevelse på tvers av veiledningsøktene, ble det laget en oversikt over prosentvis etterlevelse i hver enkelt økt. En gruppeleder kunne enten etterleve («ja»), delvis etterleve («delvis») eller ikke etterleve («nei») hvert ledd i skåringskjemaet.

Skåringskategoriene ble omformulert til 100% («ja»), 50% («delvis») eller 0% («nei») etterlevelse av hvert ledd. Summen av oppnådd etterlevelse på tvers av alle leddene, ble den helhetlige graden av etterlevelse i den aktuelle økten.

De tre leddene «Tilbakemelding lytte» (E2), «Tilbakemelding bekrefte» (E3) og «Tilbakemelding utforske» (E4) ble samlet til én samlet variabel. Årsaken til dette var en feil i skåringskjemaet, der elementene hadde blitt delt opp på tross av at de i manualen står beskrevet som en samlet instruksjon. Da gruppelederne hadde forholdt seg til manualinstruksjonene, ble det vurdert at å analysere leddene som tre ulike elementer kunne ledet til en feilaktig vurdering av deres utøvelse. Fullstendig utførelse av ett av de tre opprinnelige leddene ble skåret som full etterlevelsesskåre på den samlede variabelen. Det ble i tillegg utført analyser innad i den samlede variabelen, for å få et mer nyansert bilde av hvilke konkrete elementer av «bekrefte», «utforske» og «lytte» som gruppelederne utførte (se Tabell 6).

Beregning av differensiering

Det ble brukt samme fremgangsmåte som for etterlevelse for å finne grad av differensiering på tvers av gruppeledere. En gruppeleder kunne enten differensiere helt («ja»), delvis differensiere («delvis») eller ikke differensiere («nei») fra hvert manualelement i skåringskjemaet, og dette ble kodet som 100% («ja»), 50% («delvis») eller 0% («nei»). Summen av oppnådd differensiering på tvers av alle leddene, ble den helhetlige graden av differensieringen til den aktuelle gruppelederen.

Beregning av kompetanse og krevende

Gjennomsnittet på en skala fra 0-5 på tvers av veiledningsøktene, ble omgjort til prosent for å beregne grad av kompetanse. Dette ble gjort for at resultatene skulle være sammenlignbare med etterlevelse og differensiering. Det ble brukt samme fremgangsmåte for å finne grad av «Krevende» på tvers av veiledningsøktene.

Begrepsavklaring for gradering av tiltaksintegritet

I denne delstudien ble begrepet «ingen» brukt for å beskrive 0% oppnåelse av etterlevelse, differensiering eller kompetanse. Videre ble 1-24% betegnet som «lav», 25-49% som «middels lav», 50-74% som «middels høy», 75-99% som «høy», og 100% som «maksimal» etterlevelse/differensiering/kompetanse.

Ekskluderte elementer

Manualen gir ulike instruksjoner i økt 3 og 5. På tross av at elementene «Ros» (E1), og «Ansvarliggjør barn» (E7) var inkludert som ledd i skåringskjemaet, var ikke disse inkludert som instruksjoner i SIBS-manualens økt 3. På grunn av dette ble disse leddene ekskludert i analysene for denne økten. I tillegg ble leddene «Stopper foreldre» (E6) og «Ansvarliggjør barn» (E7) ekskludert fra analysene fra både økt 3 og økt 5, fordi de inneholdt svarkategorien «ikke aktuelt». Denne svarkategorien var utfordrende å beregne sammen med de andre etterlevelsesseddene. Å gi lav skåre til gruppeledere som ikke utførte leddet fordi situasjonen ikke krevde det, ville gitt et skjevt bilde av total etterlevelse. Alle differensierings-ledd ble derimot inkludert i begge øktene.

2.5.3 Analyser

Interrater-reliabilitet

Analyser av intraklassekorrelasjon mellom tre kodere ble utført for å undersøke grad av samsvar mellom kodingene (Koo & Li, 2016). Koderne inkluderte prosjektleder Fjermestad og de to forfatterne av delstudien. Mellom Bøe (koder 1) og Fjermestad (koder 2) ble det utført analyser på 20% av det daværende tilgjengelige datamaterialet (4 av totalt 20 veiledningsøkter). Denne initielle undersøkelsen inkluderte alle variabler som inngikk i skåringskjemaet. Med utgangspunkt i Cicchettis (1994) kriterier for interrater-korrelasjon, tyder resultatene på utmerket samsvar mellom koderne for alle inkluderte ledd i skåringskjemaet, godt samsvar for leddene etterlevelse og differensiering kombinert, og utmerket samsvar for leddene tilhørende etterlevelse isolert. Videre tyder resultatene på utmerket samsvar for enkeltleddet «Krevende», og dårlig samsvar for enkeltleddet «Kompetanse».

Etter at skåring av datamaterialet var fullført, ble det utført nye analyser av intraklassekorrelasjon mellom Johansen (koder 3) og Bøe (koder 1) på kompetanseleddet. Analysene baserte seg på 14% av utvalget (15 av 104 veiledningsøkter). De nye resultatene viste betydelig høyere samsvar mellom de to koderne, med en intraklassekorrelasjon på .915, og .824 for kompetanse i henholdsvis økt 3 og 5. Resultatene tyder på utmerket samsvar. Se Tabell 3 for intraklassekorrelasjoner for resterende ledd.

Tabell 3

Gjennomsnittlig intraklassekorrelasjon

	Intraklasse-korrelasjon
Alle variabler	.992
E total + D total	.713
E total	.746
Krevende	.959

Merk. «Alle variabler» refererer til alle ledd i skåringskjemaet, «E total» er alle ledd tilhørende etterlevelse, «D total» er alle ledd tilhørende differensiering.

Deskriptive analyser

SPSS versjon 29 ble brukt i alle analyser. Det ble utført deskriptive analyser for å undersøke grad av etterlevelse, differensiering, kompetanse, hvor krevende økten var å veilede, samt tidsbruk. I tillegg ble det utført paired sample t-tester for å undersøke forskjeller mellom økt 3 og 5, og Pearsons korrelasjoner for å undersøke samvariasjon mellom de ulike komponentene. Data om tekniske aspekter ble ikke inkludert i analysene.

3. Resultater

3.1 Tiltaksintegritet

3.1.1 Etterlevelse

Samlet grad av etterlevelse i økt 3 og 5

Gjennomsnittlig grad av etterlevelse på tvers av veiledningene var 71,2% (SD = 31,9) i økt 3 og 53,9% (SD = 30,7) i økt 5. Gjennomsnittlig etterlevelse gikk ned med 17,3% [95% KI 6.4, 28.2] fra økt 3 til økt 5, og forskjellen mellom øktene var signifikant på .05 nivå ($p = .002$).

Tabell 4 viser en prosentfordeling av oppnådd etterlevelse i økt 3 og 5. Resultatene viste at det var middels høy til maksimal etterlevelse i majoriteten av veiledningene.

Tabell 4

Oppnådd etterlevelse i økt 3 og 5

Etterlevelse	Ingen	Lav	Middels lav	Middels høy	Høy	Maksimal
Økt 3	7,7	0,0	1,9	36,5	5,8	48,1
Økt 5	11,5	3,8	23,1	34,7	13,5	13,5

Merk. Tall oppgitt i prosent (%).

Etterlevelse per manuelelement i økt 3 og 5

Tabell 5 viser en oversikt over prosentfordelingen av veiledningene i økt 3 og 5 som enten utførte («ja»), delvis utførte («delvis») eller ikke utførte («nei») de ulike etterlevelsleddene. Resultatene viste at det var høyest etterlevelse av leddet hvor gruppeledere ga tilbakemelding om noe foreldrene gjorde bra med fokus på å lytte, bekrefte eller utforske («Tilbakemelding lytte, bekrefte, utforske») i både økt 3 og 5.

Tabell 5

Etterlevelse per ledd for økt 3 og 5

Ledd i kortnavn	Økt 3			Økt 5		
	Ja	Delvis	Nei	Ja	Delvis	Nei
Ros*	-	-	-	34,6	15,4	50,0
Områder å utforske	55,8	5,8	38,5	50,0	11,5	38,5
Tilbakemelding lytte, bekrefte, utforske	82,7	1,9	15,4	63,5	1,9	34,6

Merk. Tall oppgitt i prosent (%). For fullstendig formulering av ledd se Tabell 1 side 22.

*ikke omtalt i manualen for økt 3.

Tabell 6 viser et mer nyansert bilde av etterlevelsen av leddet «Tilbakemelding lytte, bekrefte, utforske», da den separerer de tre kommunikasjonsteknikkene (lytte, bekrefte, utforske) i tre ulike ledd. Med denne oppdelingen var det høyest etterlevelse av leddet hvor gruppeleder gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å utforske («Tilbakemelding utforske») i økt 3. Videre at det var høyest og lik etterlevelse av leddet hvor gruppeleder gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å utforske («Tilbakemelding utforske») og leddet hvor gruppeleder gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å bekrefte («Tilbakemelding bekrefte») i økt 5.

Tabell 6

Etterlevelse av tilbakemelding på å lytte, bekrefte og utforske i økt 3 og 5

Ledd i kortnavn	Økt 3			Økt 5		
	Ja	Delvis	Nei	Ja	Delvis	Nei
Tilbakemelding lytte	30,8	1,9	67,3	19,2	0,0	80,8
Tilbakemelding bekrefte	38,5	7,7	53,8	46,2	7,7	46,2
Tilbakemelding utforske	65,4	5,8	28,8	46,2	17,3	36,5

Merk. Tall oppgitt i prosent (%).

3.1.2 Differensiering

Samlet grad av differensiering i økt 3 og 5

Resultatene viste gjennomsnittlig 12,7% (SD = 12,9) differensiering i økt 3 og 16,9% (SD = 15,2) differensiering i økt 5. Gjennomsnittlig differensiering gikk noe opp fra økt 3 til 5, men forskjellen var ikke signifikant ($p = .161$). Tabell 7 viser en prosentfordeling av oppnådd differensiering i økt 3 og 5. Resultatene viste lav til ingen differensiering i majoriteten av veiledningene i begge øktene.

Tabell 7

Prosentfordeling av oppnådd differensiering for økt 3 og 5

Differensiering	Ingen	Lav	Middels lav	Middels høy	Høy	Maksimal
Økt 3	38,5	46,1	15,3	0,0	0,0	0,0
Økt 5	28,8	40,4	28,7	1,9	0,0	0,0

Merk. Tall oppgitt i prosent (%).

Differensiering i økt 3 og 5 på tvers av ledd

Tabell 8 viser en oversikt over prosentfordelingen av veiledningene i økt 3 og 5 som enten utførte («ja»), delvis utførte («delvis») eller ikke utførte («nei») de ulike differensieringsleddene. På tvers av alle differensieringsleddene var det høyest prosentandel som hadde gått i dialog med barnet utover å gi ros («Dialog utover ros»), i både økt 3 og 5. I omtrent halvparten av veiledningsøktene snakket gruppeleder altså med barnet, fremfor å gi tilbakemelding til forelder på bruk av kommunikasjonsteknikkene lytte, bekrefte og utforske.

Tabell 8*Differensiering per ledd i økt 3 og 5*

Ledd i kortnavn	Økt 3			Økt 5		
	Ja	Delvis	Nei	Ja	Delvis	Nei
Kommenterer kroppsspråk og annet	7,7	1,9	90,4	1,9	1,9	96,2
Ber barnet mentalisere	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	100,0
Gruppeleder mentaliserer barnet	15,4	3,8	80,8	11,5	3,8	84,6
Dialog utover ros	53,8	0,0	46,2	55,8	5,8	38,5
Dialog utover tilbakemelding	17,3	1,9	80,8	30,8	17,3	51,9
Andre tema	5,8	1,9	92,3	13,5	1,9	84,6
Gir løsningsforslag	0,0	0,0	100,0	3,8	0,0	96,2
Uteblir	0,0	0,0	100,0	1,9	0,0	98,1
Returnerer	9,6	0,0	90,4	15,4	3,8	80,8

Merk. Tall oppgitt i prosent (%). For fullstendig formulering av ledd se Tabell 2 side 23.

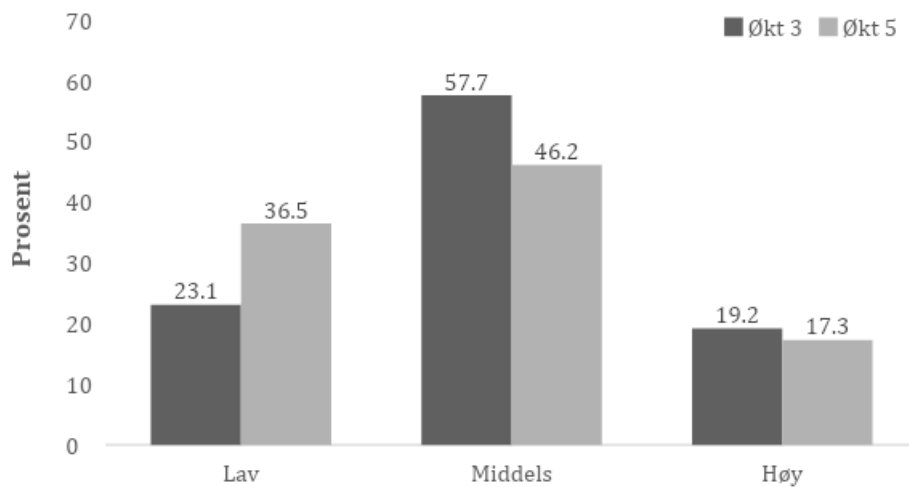
3.1.3 Kompetanse

Samlet grad av kompetanse i økt 3 og 5

Figur 2 viser prosentfordeling av oppnådd kompetanseskåre på tvers av veiledningene i økt 3 og 5. Skalaen fra 0 (= meget dårlig) til 5 (= meget god), er her forenklet til kategoriene «lav», «middels» og «høy». I begge øktene var det flest veiledninger som ble vurdert med «middels» kompetanseskåre. Det var flere veiledninger som oppnådde «lav» sammenlignet med «høy» kompetanseskåre i begge øktene. På skalaen fra 0-5 var gjennomsnittlig kompetanseskåre 2,48 (SD = 1,32) for økt 3, og 2,08 (SD = 1,48) for økt 5. Dette tilsvarer 49,6% for økt 3, og 41,6% for økt 5. Forskjellen mellom øktene var ikke signifikant ($p = .134$).

Figur 2

Kompetanseskåre på tvers av veiledningene, økt 3 og 5



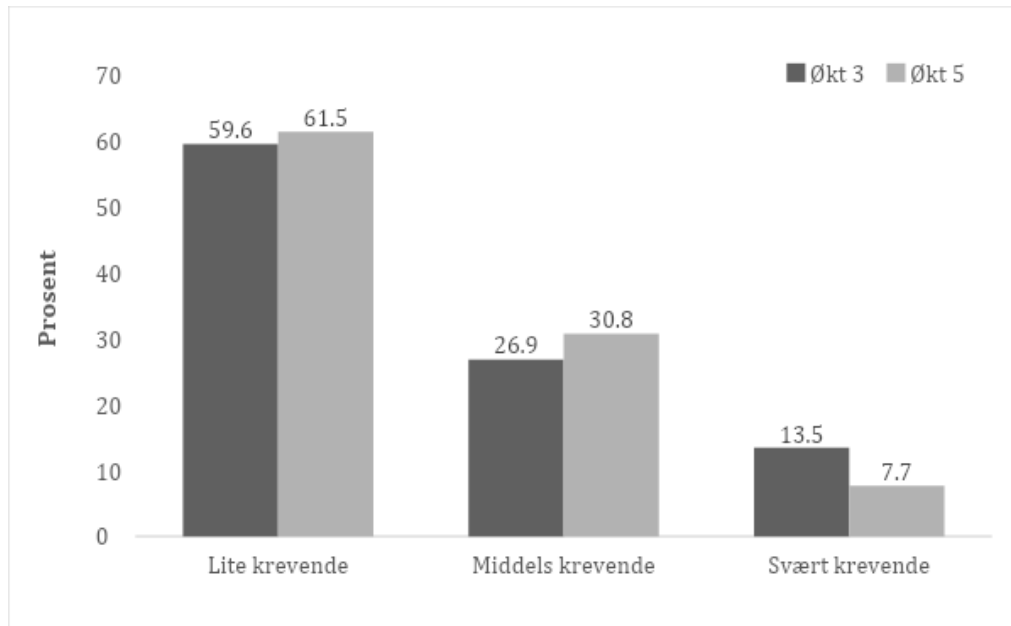
3.2 Hvor krevende øktene var å veilede

Figur 3 viser prosentfordeling over hvor krevende samtalen var å veilede i økt 3 og 5. Skalaen fra 0 (= meget lett) til 5 (meget krevende), er her forenklet til kategoriene «lite krevende», «middels krevende» og «svært krevende». Resultatene viste at majoriteten av samtaler ble skåret som lite krevende å veilede. På skalaen fra 0-5 var gjennomsnittet for økt 3 1,50 (SD = 1,38), og gjennomsnittet for økt 5 var 1,48 (SD = 1,28). Forskjellen mellom øktene var ikke signifikant ($p = .934$).

Resultater fra gjennomgang av de supplerende skåringsnotatene, tyder på at samtaler som ble kategorisert fra 0-1, altså lite krevende å veilede, var kjennetegnet av at forelder var motivert til å prøve ut teknikkene de hadde lært, at barnet bidro aktivt i samtalen og var motivert til å stille forelder spørsmål, og at barnet og forelder samarbeidet godt om oppgaven. Samtaler med skåre 2-3, altså middels krevende samtaler å veilede, var kjennetegnet av noe amper stemning mellom forelder og barnet, at forelder forklarte, gikk i forsvar eller var mindre motivert til å bruke teknikkene, eller at barnet var mindre motivert til oppgaven eller stille. Samtaler med skåre 4-5, som ble vurdert som svært krevende samtaler å veilede, var kjennetegnet av at barnet for eksempel virket utrygt når gruppeleder var til stede, ikke ønsket å delta i samtalen, at barnet var lite eller svært lite samarbeidsvillig, urolig, hadde høy grad av negativ affekt, eller at det var tilløp til kranling mellom barnet og forelder.

Figur 3

Oversikt over hvor krevende samtalen var å veilede for økt 3 og 5



3.3 Samvariasjon mellom de ulike variablene i skåringskjemaet

Tabell 9 viser samvariasjon mellom etterlevelse, differensiering, kompetanse, tidsbruk og hvor krevende samtalen var å veilede i økt 3 og 5. Resultatene viste signifikante positive korrelasjoner mellom kompetanse og etterlevelse, og signifikante negative korrelasjoner mellom kompetanse og differensiering i begge øktene. I økt 3 viste resultatene en positiv signifikant korrelasjon mellom differensiering og hvor krevende samtalen var å veilede. Dette var ikke tilfelle for økt 5.

Resultatene viste også en signifikant positiv korrelasjon mellom hvor lenge gruppeleder var til stede i samtalen og gruppeleders differensiering i økt 3 og 5. Videre viste resultatene en signifikant negativ korrelasjon mellom hvor lenge gruppeleder var til stede i økten og grad av kompetanse i økt 5, men ingen signifikant sammenheng mellom tidsbruk og kompetanse i økt 3.

Tabell 9*Korrelasjonsmatrise for tiltakskomponenter i økt 3 og 5*

	Etterlevelse	Differensiering	Kompetanse	Krevende	Tidsbruk
Etterlevelse		-.24	.63**	.00	-.11
Differensiering	-.17		-.44**	.35*	.51**
Kompetanse	.47**	-.66**		.05	-.27
Krevende	.07	.11	.14		.11
Tidsbruk	.10	.64**	-.33*	.15	

Merk. Korrelasjoner for økt 3 er markert i fet skrift og er oppgitt over diagonalen.

Korrelasjoner for økt 5 er i vanlig skrift, og er oppgitt under diagonalen. *Korrelasjonen er signifikant på 0.05 nivå. **Korrelasjonen er signifikant på 0.01 nivå.

4. Diskusjon

4.1 Evaluering av tiltaksintegritet på gruppeledernivå i SIBS-RCT

4.1.1 Middels høy etterlevelse av manual

Et viktig spørsmål for å evaluere tiltaksintegritet i SIBS-RCT er graden av etterlevelse i økt 3 og 5. Resultatene fra denne delstudien indikerer en middels høy etterlevelse på tvers av veiledningene på 71,2% i økt 3 og 53,9% i økt 5. På tvers av tre litteraturgjennomganger som så på intervensjoner for søsken som pårørende var det kun tre av 34 studier som rapporterte etterlevelse (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023). En av studiene rapporterte etterlevelse på 85-92% (Giallo & Gavidia-Payne, 2008), en annen fant 95% (Jones et al., 2020), og en tredje rapporterte etterlevelse på 94% (Roberts et al., 2015). Videre ble etterlevelse målt til 86% på tvers av alle øktene i pilotstudien av SIBS (Haukeland et al., 2020). Ingen av studiene definerte imidlertid etterlevelse, eller rapporterte tydelig hvordan dette ble målt. De oppga derimot at de hadde undersøkt i hvilken grad de manualbaserte oppgavene ble gjennomført ved hjelp av sjekklister (Giallo & Gavidia-Payne, 2008; Haukeland et al., 2020; Jones et al., 2020; Roberts et al., 2015). Dette gjør at delstudiens funn på etterlevelse ikke direkte kan sammenlignes med disse fire studiene. I en annen studie av økt 1, 2 og 4 av SIBS-RCT var etterlevelsen også høyere enn i denne delstudien. Resultatene for disse øktene var på henholdsvis 79% og 80% i foreldre- og søskengruppene (Fløtten & Garras, 2022). Dette er noe overraskende, da man kunne tenkt at etterlevelseskårer ville vært tilsvarende for alle øktene. Det kan tenkes at forskjeller mellom øktenes innhold, rammer og gruppeleders rolle kan bidra til å forklare forskjellene i etterlevelse.

Rammer for gjennomføring og gruppeleders rolle

Rammene i økt 1, 2 og 4 er annerledes enn i økt 3 og 5 ved at to gruppeledere er til stede. En av gruppelederne har hovedansvar for å lede øktene, mens den andre hjelper til som tilrettelegger. Tilrettelegger skal blant annet være medansvarlig for å følge øktens progresjon, og gruppelederne kan på denne måten hjelpe hverandre med å utføre alle elementene. I tillegg har gruppelederne manualen tilgjengelig i øktene, noe som kan gjøre det enklere å huske oppgavene. I motsetning til dette er gruppeleder alene i økt 3 og 5, og har vanligvis ikke med seg manualen når hen gir tilbakemelding til foreldrene. Dette kan bidra til at noen elementer lettere blir glemt, som igjen kan ha bidratt til lavere etterlevelse i disse øktene.

Videre er rollen som gruppeleder svært ulik i de forskjellige øktene. I økt 1, 2 og 4 består gruppeleders oppgaver blant annet av å gi informasjon om opplegget til deltakerne, gi psykoedukasjon om kommunikasjonsteknikker, lede rollespill og vise videoer. Oppgavene kan følges kronologisk, og har en tydeligere struktur enn i økt 3 og 5. I økt 3 og 5 har gruppeleder derimot en veilederrolle. Gruppeleder skal først innta en lyttende posisjon, før hen gir veiledning til foreldrene i form av tilbakemelding basert på innholdet i samtalen mellom forelder og barn. Samtalene er unike og dynamiske, og veiledningen må derfor tilpasses situasjonen og de enkelte deltakerne. I tillegg skal gruppelederne også se barnet, blant annet ved å gi ros, og oppfordre barn som er stille til å delta aktivt i samtalen. Videre skille rollen seg fra terapeutrollen, ved at gruppeleder ikke skal gi psykoterapeutisk behandling. I tillegg skal ikke gruppeleder stille utforskende spørsmål til barnet eller forelder om deres situasjon og erfaringer, eller gi råd knyttet til dette i øktene. Denne rollen kan dermed være utfordrende for gruppeleder, og innebærer både god rolleforståelse og bred kunnskap om manualoppgavene. Det kan være at rollen er lettere å håndtere i økt 1, 2 og 4 sammenlignet med økt 3 og 5, og at dette også kan ha bidratt til lavere etterlevelse i de sistnevnte øktene.

Det kan også være at økt 3 og 5 vekker sterke følelser hos både barn, foreldre og gruppeleder, og at dette gjør det mer utfordrende å gi tilbakemeldinger på kommunikasjonsteknikker. I økt 3 og 5 snakker barn og foreldre sammen om svært personlige tema, noe som kan være sårbart. Dette kan også forsterkes ved at gruppeleder, en noenlunde fremmed person, lytter til samtalen. Foreldre og barn kan tidligere ha unngått å snakke sammen om vanskelige følelser eller erfaringer, i et forsøk på å beskytte hverandre eller på grunn av en forestilling om at temaene ville være for krevende å snakke om (Deavin et al., 2018). I tråd med dette indikerer flere studier at mange søsken har mangelfull diagnosekunnskap (Knecht et al., 2015), noe som kan tyde på at noen foreldre og barn har snakket lite om dette tidligere. Det kan således tenkes at noen gruppeledere kan bli berørt av samtalen mellom forelder og barn, og oppleve det forstyrrende å avbryte for å gi tilbakemelding.

Nedgang i etterlevelse fra økt 3 til 5

Resultatene viste en signifikant nedgang i etterlevelse fra økt 3 til 5. Denne forskjellen kan være et resultat av ulike antall ledd i analysene. I økt 5 ble etterlevelsen vurdert på bakgrunn av tre ledd, mens etterlevelse i økt 3 kun ble vurdert med to ledd i analysene. Dette kan ha bidratt til lavere etterlevelse i økt 5, ettersom det vil være lettere å oppnå høyere

etterlevelsesskåre dersom det er færre oppgaver man skal gjennomføre i økten. En slik forskjell i måling mellom øktene vil kun gjelde for etterlevelse, og ikke for kompetanse eller differensiering fra manual, ettersom disse inneholdt like mange ledd i økt 3 og 5. Det kan videre tenkes at dette er noe av grunnen til at det ikke ble observert noen forskjell mellom øktene på disse komponentene.

4.1.2 Lav grad av differensiering fra manual

Et annet vesentlig spørsmål for evaluering av intervensjonens tiltaksintegritet (Toomey et al., 2020), er i hvilken grad gruppelederne differensierte fra SIBS-manualen i økt 3 og 5. Resultatene viste en gjennomsnittlig lav grad av differensiering på 12,7-16,9% i øktene. At resultatene viser lav grad av differensiering fra manual virker positivt inn på den helhetlige tiltaksintegriteten til intervensjonen, da høy grad av differensiering kan hindre måling av intervensjonens effekt (McLeod et al., 2013; Perepletchikova & Kazdin, 2005). På tvers av de nevnte litteraturgjennomgangene (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023), var det likevel ingen av de 34 undersøkte studiene som nevnte begrepet differensiering. Differensiering har heller ikke blitt undersøkt eksplisitt innen SIBS Søskenprosjektet, og ser generelt ut til å være lite undersøkt i implementeringsfeltet (Sanetti et al., 2020). Imidlertid fant en studie av et forebyggende familietiltak at gruppeledere ofte utfører differensieringselementer, på tross av at de rapporterer at etterlevelse av manualen er viktig. De mest vanlige differensieringselementene var at gruppelederne fjernet eller endret elementer, for eksempel når det gjaldt aktiviteter de skulle utføre, og den vanligste årsaken til dette var mangel på tid (Hill et al., 2007).

Blant differensieringselementene i denne delstudien, gikk gruppeledere i dialog med barnet utover å gi ros i over halvparten av veiledningsøktene. Videre var det noen gruppeledere som forsøkte å sette seg inn i barnets situasjon, og beskrev barnets tanker og følelser. En mulig forklaring på at gruppeledere utførte slike elementer som ikke var del av SIBS-manualen, kan være at de forsøkte å skape et trygt rom, der barnet åpent kunne fortelle om sårbare tema. Ifølge en meta-syntese av Deavin og medforfattere, kan søsken ofte vegre seg for å dele egne emosjonelle erfaringer med foreldrene sine, i frykt for å øke foreldrenes bekymring og belastning (2018). For barna kan det derfor tenkes å være utfordrende å stille spørsmål til foreldrene knyttet til sin bror eller søsters diagnose, og fortelle om situasjoner de gjerne skulle ønske var annerledes. I tillegg viste resultatene at det var en del veiledningsøkter der gruppeledere gikk i dialog med foreldrene utover å gi tilbakemelding om kommunikasjon,

eller introduserte andre tema enn kommunikasjonsteknikker i samtalen. Sistnevnte kunne for eksempel være at de stilte spørsmål om familiens dagligliv eller planer. En mulig forklaring på at de la til slike elementer kan være at gruppeleder hadde manglende forståelse for hvordan de skulle gi tilbakemelding, og derfor introduserte andre tema. Det kan også tenkes at øktene opplevdes som en prestasjonssituasjon for foreldrene, da de skulle få tilbakemelding på kommunikasjonsteknikker de nylig hadde lært. Det kan således tenkes at gruppeledere la til elementer i forsøk på å etablere en trygg læringsarena, eller gjøre situasjonen mindre kunstig for foreldrene.

På tross av viktigheten av å undersøke differensiering, er det usikkert om differensiering bidrar positivt, negativt eller nøytralt på effekten av intervensjonen (Toomey et al., 2020). Dette gjelder også i denne delstudien. En studie fant imidlertid at differensiering fra manual kunne være positivt, ved at tiltakslederne tilpasset manualoppgavene etter deltakernes behov i øktene (Holliday et al., 2009). For noen forelder-barn-duoer kan det ha virket positivt at gruppeleder gikk i dialog med barnet eller forelder om andre tema enn tilbakemelding, og at dette gjorde dem tryggere. Andre foreldre og barn kan derimot ha opplevd dette som forvirrende eller forstyrrende. Videre fant Hill og medforfattere at gruppeledere som hadde høy grad av selvtillit på egne ferdigheter var signifikant mer sannsynlige til å mene at det var hensiktsmessig å legge til elementer som ikke var del av manual (2007). Dette kan tyde på at differensiering kan være et bevisst valg, og ikke bare bør anses som tilfeldige avvik. Påvirkning av differensiering kan antakeligvis også være avhengig av hvilke elementer tiltaksledere legger til.

Resultatene viste også en signifikant positiv korrelasjon mellom hvor lenge gruppelederne var til stede i økten og gruppeleders differensiering. Dette kan indikere at dersom gruppeleder var lengre til stede når hen ga tilbakemelding, økte dette sjansen for at gruppeleder utførte intervensjoner eller elementer som ikke var en opprinnelig del av oppgavebeskrivelsen. Dette er ikke i tråd med Hill og medforfattere, som fant at gruppeledere ofte fortalte at de gjorde tilpasninger på grunn av tidspress (2007). En mulig forklaring på dette kan være at både for mye og for lite tid kan bidra til økt differensiering, men på ulike måter.

Gruppelederens bakgrunn

Ettersom gruppelederne i denne delstudien ble rekruttert fra Psykologisk institutt (Universitetet i Oslo) og de lokale helsetjenestene der SIBS-intervensjonen fant sted, var det stor variasjon i faglig bakgrunn. Variasjon i bakgrunn er positivt ettersom plikten til å ivareta

søsken er gjeldende for alt helsepersonell (Helsedirektoratet, 2018), men i implementeringen av et tiltak kan dette bidra til økt variasjon i administreringen av intervensjonen. Tiltaksledere tar ofte ubevisst med seg kunnskap og ferdigheter fra egen praksis, noe som kan øke sjansen for at de bruker andre teknikker eller legger til elementer fra andre praksiser i intervensjonen (Garland et al., 2010; McLeod & Weisz, 2010). En studie fant at tiltakslederens forskjellige bakgrunn bidro til at de hadde ulik ekspertise og stil når de administrerte intervensjonen, noe som medførte både positive og negative konsekvenser. For eksempel kunne det lede til uenighet blant noen tiltaksledere, men det gjorde også at de kunne utfylle hverandres ferdigheter (Holliday et al., 2009).

I denne delstudien viste resultatene at det i majoriteten av veiledningene sjeldent ble utført elementer som ikke originalt var beskrevet i manualen, men det var imidlertid noen uteliggere som kan ha bidratt til store standardavvik fra gjennomsnittlig differensiering. Det kan tenkes at gruppeledernes faglige bakgrunn, for eksempel utdanning og tidligere erfaringer fra praksis og arbeid, kan ha bidratt til statistisk relevante forskjeller i grad av differensiering. På grunn av manglende informasjon om hvilke gruppeledere som veiledet i de enkelte øktene, mangler delstudien likevel datagrunnlag til å kunne undersøke eventuelle sammenhenger mellom bakgrunn og differensiering. Fløtten og Garras fant imidlertid at gruppeledere betegnet som «eksperter» hadde høyere grad av både kompetanse og etterlevelse i økt 1, 2 og 4 (2022), noe som indikerer at gruppelederens bakgrunn kan påvirke tiltaksintegritet.

4.1.3 Middels lavt nivå av kompetanse

Den tredje komponenten, kompetanse, ble målt til et middels lavt nivå, altså 41,6-49,6% av maksimal kompetanseskåre. I motsetning til dette fant Fløtten og Garras at gruppelederne i økt 1, 2 og 4 hadde et høyere kompetansenivå på gjennomsnittlig 84% (2022). En mulig forklaring på denne forskjellen kan være at det er mer utfordrende å gi god veiledning til foreldre, sammenlignet med å lede gruppene i økt 1, 2 og 4. Det kan også tenkes at det i økt 3 og 5 kan oppstå flere uforutsette situasjoner som gruppeleder i mindre grad kan forberede seg på. Resultatene viste likevel at øktene generelt var lite krevende å veilede. Foreldrene gjorde stort sett de oppgavene de skulle utføre, og barna var generelt samarbeidsvillige og aktive i samtale. En annen mulig forklaring på at nivået på kompetanse ikke var høyere, kan handle om at det ikke var tilstrekkelig tydelig for gruppelederne hva som var hensikt eller mål med veiledningen. En tredje forklaring kan være at kompetanse ble undersøkt med ulike skåringskjemer i henholdsvis økt 1, 2 og 4 (Fløtten & Garras, 2022) og økt 3 og 5. Økt 1, 2

og 4 ble skåret med fire ledd for kompetanse, i motsetning til kun ett ledd i skåringskjemaet for økt 3 og 5. Dette gjør at resultatene vanskeligere kan sammenlignes, og det kan ikke utelukkes at forskjellene har bidratt til større diskrepans i resultatene. Sammenlignet med andre studier var kompetanseskåren også lavere i denne delstudien. For eksempel fant Boyle og medforfattere en gjennomsnittlig kompetanseskåre på 61% ($M = 4,05$ på en skala fra 1-6) i en studie som undersøkte tiltaksintegritet i kognitiv atferdsterapi for voksne (2020).

Fleksibel bruk av manual

Kompetanseleddet vurderte kvaliteten på gruppeleders administrering av øktene. I dette inngikk det også en vurdering av gruppeleders fleksibilitet, altså i hvilken grad gruppeleder tilpasset intervensjonen til både situasjon og deltakere. Eksempler på fleksibilitet kan være tilpasninger til kultur (Botvin, 2004), eller at gruppeleder administrerer manualementene i en annen rekkefølge enn oppgitt. I økt 3 og 5 av SIBS er hver samtale mellom forelder og barn unike, og veiledningen må derfor tilpasses situasjonen og innholdet i samtalen. Når gruppeleder skal gi tilbakemelding til foreldrene, er gruppeleder avhengig av at foreldrene faktisk bruker kommunikasjonsteknikkene. Dersom de ikke gjør dette, kan gruppeleder først identifisere områder som kan utforskes nærmere og oppfordre foreldrene til å gjøre dette. Manualinstruksjonene tar altså høyde for at slike situasjoner kan oppstå, men dette stiller samtidig et krav til at gruppeleder må være fleksibel avhengig av hvordan samtalen mellom forelder og barn utvikler seg. På denne måten kan det tenkes at fleksibel bruk av manual legger til rette for at gruppeleder også kan etterleve flere manualementer. Det kan videre tenkes at dette er med på å forklare den positive sammenhengen mellom etterlevelse og kompetanse som delstudien fant for både økt 3 og 5.

Det kan også tenkes at det tidvis er nødvendig for gruppeledere å gå utenfor oppgavebeskrivelsene sine og gjøre egne tilpasninger. Hvis et barn for eksempel er stille i økten, slik at det ikke oppstår noen samtale mellom forelder og barn, kan det være hensiktsmessig om gruppeleder går utenfor manualinstruksjonene ved å snakke med og trygge barnet. Dette kan bidra til høyere differensiering, men kan tenkes å virke positivt dersom det bidrar til at forelder og barn kan gjenoppta samtalen, og gruppeleder deretter kan gi tilbakemelding på kommunikasjonsteknikker.

Resultatene viste videre ingen sammenheng mellom hvor krevende økten var å veilede og etterlevelse ($r = .00$ økt 3 og $r = .07$, økt 5), noe som tyder på at gruppeleder ikke utførte flere eller færre manualementer avhengig av om økten var krevende. I motsetning fant en studie av kognitiv atferdsterapi, en signifikant svak negativ korrelasjon mellom etterlevelse og

hvor krevende behandlingen var ($r = -.149$) (Boyle et al., 2020). Det ville vært nærliggende å tro at mer krevende økter ville gjort det utfordrende for gruppeleder å gjennomføre manualementene, og at det dermed ville vært en negativ korrelasjon mellom de to variablene. Dette ble ikke observert i denne delstudien. På en annen side trenger ikke utfordrende forhold som oppstår i øktene være til hinder for gruppeleders etterlevelse, så lenge manualen brukes fleksibelt avhengig av behov som oppstår i samtalen.

Barber og medforfattere fant at både svært høye og svært lave nivåer av etterlevelse hadde sammenheng med dårligere utfall av intervensjonen, og at for høye nivåer av etterlevelse kan indikere manglende fleksibilitet i tilpasning av manualementene. De konkluderer dermed med at tiltaksledere bør forholde seg til manual, men samtidig også ha en viss grad av fleksibilitet (2006). En for høy etterlevelsesskåre trenger altså ikke utelukkende å være positivt. Dersom en gruppeleder i økt 3 og 5 utfører alle oppgavene uten å ta høyde for samtalens karakter og deltakers behov, kan det tenkes at veiledningen vil oppleves lite relevant eller hjelpsom. Barber og medforfattere foreslår at det kan være nyttig dersom manualen gir anbefalinger til hvordan den kan brukes fleksibelt, og i hvilke situasjoner dette kan gjelde (2006). Dette vil også kunne være aktuelt for SIBS-manualen. Videre antar Husabo og medforfattere at det kan være lettere for uerfarne tiltaksledere å få høyere etterlevelse i intervensjoner som har tydeligere retningslinjer og mindre rom for fleksibilitet, sammenlignet med mer erfarne tiltaksledere (2021). Dette kan tyde på at erfaring kan gjøre det lettere å bruke manualen fleksibelt ved å gjøre hensiktsmessige tilpasninger, samtidig som etterlevelse blir overholdt. Å tillate tiltaksledere å være fleksible når de administrerer intervensjonen kan også være viktig, da en studie fant at det kan lede til økt engasjement hos deltakerne og mindre frafall (Novins et al., 2013).

4.1.4 Vurdering av tiltaksintegritet

Resultatene fra delstudien viste at gjennomsnittlig grad av differensiering for økt 3 og 5 varierte fra 12,7-16,9%, kompetanse fra 41,6-49,6%, og etterlevelse fra 53,9-71,2%. Dette klassifiseres som lav grad av differensiering, middels lav kompetanse og middels høy etterlevelse. Det er imidlertid ikke konsensus i litteraturen om hvilken grad av tiltaksintegritet som kan betegnes som optimal eller tilstrekkelig (Gresham et al., 2017). En litteraturgjennomgang fant for eksempel at nivåer av tiltaksintegritet på omkring 60% var assosiert med positive resultater (Durlak & DuPre, 2008). Ofte brukes en standard på 80% tiltaksintegritet som et kriterium for at intervensjonen har blitt implementert med integritet,

men Gresham og medforfattere hevder imidlertid at dette målet er vilkårlig. I noen intervensjoner kan for eksempel et nivå på tiltaksintegritet på 20% betegnes som tilstrekkelig, mens i andre intervensjoner bør nivået være opp mot 90% for å kunne betegnes som det samme (2017).

Videre problematiseres det av samme forfattere at prosentmål som oppnås i studier kan variere betydelig avhengig av hvilken metode man bruker for å samle inn dataene. For eksempel kan samme tiltaksleder oppnå 80% tiltaksintegritet ved bruk av selvrapportering som metode, men bare oppnå 65% dersom metoden blir utført med direkte observasjon (2017). I denne delstudien ble det benyttet en direkte metode med bruk av uavhengige observatører, noe som også ble benyttet i Fløtten og Garras sin studie av SIBS-RCT økt 1, 2 og 4 (2022). I studiene som undersøkte intervensjoner for søsken som pårørende, og som rapporterte tiltaksintegritet, fremkom det imidlertid ingen informasjon om metodebruk (Giallo & Gavidia-Payne, 2008; Jones et al., 2020; Roberts et al., 2015). På bakgrunn av dette er det krevende å sammenligne funn på tvers av studier, og resultatene fra denne delstudien kan ikke gi svar på om nivåene av komponentenes tiltaksintegritet var tilstrekkelig.

4.2 Samvariasjon mellom ulike variabler i skåringskjemaet

4.2.1 Sammenhenger mellom etterlevelse, kompetanse og differensiering

Resultatene fra denne delstudien viste en høy korrelasjon mellom etterlevelse og kompetanse ($r = .63$ i økt 3 og $r = .47$ for økt 5). Dette er i tråd med funn fra Barber og medforfattere (2006) som fant tilsvarende korrelasjoner på $.58$ mellom de to komponentene i sin studie, og Bjaastad og medforfattere, som fant enda høyere samvariasjon på $.79$ (2016). Funnet er imidlertid ikke i tråd med Paivio og medforfattere, som ikke fant evidens for noen sammenheng (2004). En mulig forklaring på positiv samvariasjon kan være at dyktige tiltaksledere som hadde høy kompetanse, også utførte mange etterlevelseselementer, noe Bjaastad og medforfattere også foreslår som en mulig forklaring i sin studie (2016). Dette tilsier også at mindre dyktige tiltaksledere, som har lav etterlevelse, også har lav kompetanseskåre. Kompetanseskåren i denne delstudien besto av en helhetsvurdering av gruppeleders fleksibilitet og tilpasning av tilbakemelding til den enkelte forelder-barn-duoen, samt forståelse av manualens elementer. Med økt forståelse av veiledningselementene kan det også tenkes at gruppeleder oppnådde høyere grad av etterlevelse, som videre resulterte i samvariasjon mellom etterlevelse og kompetanse. Dette kan også forklare den rapporterte

negative samvariasjonen mellom kompetanse og differensiering, ettersom lite forståelse for veiledningselementene kan føre til at man legger til flere elementer.

Barber og medforfattere har en annen forklaring på sammenhengen i deres studie, og foreslår at denne kan være et resultat av at komponentene i utgangspunktet har en relasjon (2006). Dette kan også være tilfelle i denne delstudien. En tredje forklaring, som også foreslås av Bjaastad og medforfattere, kan være at koderne hadde utfordringer med å skille komponentene fra hverandre ved skåring (2016). For eksempel inkluderte skåringen av kompetanseleddet en vurdering av gruppeleders forståelse av manuelelementer, noe som kan ha gjort det vanskelig å skille kompetanse og etterlevelse fra hverandre.

4.2.2 Sammenhenger mellom differensiering og hvor krevende økten var å veilede

Resultatene viste en signifikant positiv korrelasjon mellom differensiering og hvor krevende samtalen var å veilede i økt 3. De krevende samtalen var blant annet kjennetegnet av at barnet virket urolig, utrygt eller hadde høy grad av negativ affekt, at foreldrene forklarte mye, gikk i forsvar, var lite motiverte til å gjennomføre oppgavene, eller at det var lite samarbeid mellom barnet og forelder. Det kan tenkes at gruppeledere i slike situasjoner gikk utenfor manualen i et forsøk på å imøtekomme barnets og foreldrenes behov, som da også førte til økt differensiering.

Korrelasjonen var derimot ikke signifikant for økt 5. En mulig forklaring er at gruppelederne hadde mer trening i økt 5 etter å ha gjennomført økt 3, og at de således ble mindre påvirket av hvor krevende økten var å veilede i økt 5. For eksempel kan det tenkes at gruppeledere snakke med foreldre utover å gi tilbakemelding for å etablere en trygg læringsarena, og at slike avvik fra manual forekom i større grad hvis økten var krevende å veilede i økt 3. Samtidig var det ingen signifikant forskjell i differensiering fra manual mellom økt 3 og 5, og det virker derfor lite sannsynlig at veiledere som hadde fått mer trening i økt 5, samtidig hadde like høy grad av differensiering fra manual i denne økten. En annen mulig forklaring er at differensieringselementer i økt 3, i større grad var knyttet til situasjonelle faktorer, og at gruppeledere repeterte slike avvik i økt 5 uavhengig av situasjonelle faktorer. Det kan altså være at gruppeledere lærte å bruke manualen på en viss måte i økt 3, som også innebar noen tillagte elementer, som de så tok med seg videre inn i økt 5. For eksempel kan det tenkes at en gruppeleder gikk i dialog med barnet utover å gi ros, fordi hen opplevde barnet som utrygg eller nervøs i økt 3. Dette kan ha bidratt til at barnet ble tryggere i situasjonen, og at samtalen mellom forelder og barn ble lettere. Gruppeleder har da

fått en erfaring med at det kan være nyttig å trygge barnet når hen kommer inn i rommet, og kan ha repetert dette inn i økt 5, uavhengig av om barnet hadde det samme behovet for å bli trygget i denne økten. Med andre ord kan det tenkes at gruppeleder og forelder-barn duoen har funnet en hensiktsmessig, men differensiert måte å interagere på i økt 3, og at denne videreføres i økt 5.

4.3 Metodologiske styrker og begrensninger

Delstudien er et forsøk på å måle tiltaksintegritet i en intervensjon for søsken som pårørende, noe få studier har gjort tidligere. Delstudien representerer nybrottsarbeid, både med tanke på kvalitetsvurdering av tiltak for søsken og når det gjelder bruk av skåringskjemaet som ble utviklet av prosjektleder for denne delstudien. Viktige styrker ved delstudien inkluderer bruk av direkte metode for skåring, vurdering av måleinstrumentets reliabilitet, bruk av et eksisterende rammeverk og eksplisitte definisjoner av tiltaksintegritet. Det at gruppelederne fikk opplæring og oppfølging var viktige grunnleggende faktorer for å kunne måle tiltaksintegritet, og bruk av direkte observasjonsmetode kan ha bidratt til mer nøyaktige og valide vurderinger (McLeod et al., 2013).

Måling av interrater-reliabilitet mellom koderne

I delstudien fikk Bøe og Johansen opplæring i skåring av måleinstrumentet, noe som er vesentlig for reliabel skåring av tiltaksintegritet. Det ble utført analyser for å undersøke interrater-reliabilitet for å sikre samsvar mellom tre koderne. Resultatene av dette viste godt og utmerket samsvar mellom koderne. En begrensning ved delstudien er imidlertid at det ble utført analyser av interrater-reliabilitet mellom Bøe og Fjermestad på et lite utvalg (kun fire veiledningsøkter) for alle leddene som inngikk i skåringskjemaet. Denne analysen ble gjort på et tidlig tidspunkt i innsamlingsperioden der datamaterialet var begrenset (kun 20 veiledningsøkter). Analysene viste imidlertid godt og utmerket samsvar, med unntak av kompetanse-leddet. Skåring av leddene tilhørende etterlevelse og differensiering innebærer å kode for om gruppeledere gjennomfører aktiviteter som er beskrevet i skåringskjemaet, mens skåring av kompetanseleddet innebærer en total vurdering av flere aspekter ved gruppeleders veiledning. Vurdering og skåring av kompetanse-leddet er således en mer kompleks oppgave, enn skåring av ledd tilhørende etterlevelse og differensiering. På bakgrunn av dette, ble det vurdert at det var særlig viktig å gjennomføre nye analyser på kompetanse-leddet på et senere tidspunkt når utvalget var blitt større. Nye analyser av intraklassekorrelasjon mellom Bøe og

Johansen på et større utvalg (15 samtaler av 104) viste utmerket samsvar mellom koderne på kompetanse-leddet.

Undersøkelse av flere komponenter av tiltaksintegritet

Øvrige styrker med delstudien er at det ble målt flere komponenter av tiltaksintegritet (etterlevelse, differensiering og kompetanse), og at det ble benyttet et eksisterende rammeverk. Bruk av rammeverket ga retningslinjer for undersøkelse av tiltaksintegritet, samt tydelige definisjoner av de ulike komponentene (Sutherland et al., 2013). Bruken av flere komponenter ga også et mer nyansert bilde av intervensjonens tiltaksintegritet sammenlignet med undersøkelse av kun en eller to komponenter. Det kan være tid- og kostnadskrevende å undersøke flere komponenter, og ofte blir kun etterlevelse og kompetanse undersøkt i studier (Webb et al., 2010). Undersøkelse av differensiering bidro til innsikt i hvilke elementer gruppelederne utførte som ikke var en del av retningslinjene. Dette ga økt forståelse for hvordan veiledningen ble gjennomført i praksis. En forbedring av denne delstudien kan være å undersøke enda flere komponenter, for eksempel dose eller relasjonelle faktorer, som inngår i flere eksisterende rammeverk (Dane & Schneider, 1998; Huang et al., 2014; Sutherland et al., 2013).

Uavhengig observasjon

Bruk av uavhengige observatører blir i forskning på tiltaksintegritet ofte omtalt som gullstandarden (Kerns et al., 2021; McLeod et al., 2013; Sanetti et al., 2020), og metoden gir data med høy økologisk validitet om tiltaksledernes implementering av intervensjonen (McLeod et al., 2013). Det kan diskuteres om Bøe (en av delstudiens forfattere) kan kategoriseres som en uavhengig eller investert observatør. Bøe samlet inn og bearbeidet data til delstudien, og hadde i tillegg jobbet som gruppeleder i intervensjonen på lik linje som andre gruppeledere. I tillegg ble tre økter (av totalt 104) inkludert i datamaterialet der Bøe kodet og vurderte seg selv som gruppeleder. Dette regnes imidlertid som en så liten del av materialet at det ikke kunne ha påvirket resultatene i vesentlig grad, og to av øktene ble i tillegg dobbelkodet. For de resterende øktene var det svært vanskelig å identifisere gruppelederne, blant annet fordi datamaterialet var basert på tilfeldig trekning av lydopptak, og det ikke fremkom tid og sted for hvor økten ble gjennomført. I tillegg var det kun et fåtall av gruppeledere som Bøe hadde samarbeidet med i utgangspunktet. Konklusjonen ble derfor at Bøe langt på vei forstås som en uavhengig observatør.

Metodiske aspekter ved utvalget

En begrensning ved delstudien er mangel på oversikt i datamaterialet over hvilke gruppeledere som veiledet hver enkelt økt. Årsaken er at det ikke fantes markører i datamaterialet som gjorde det mulig å identifisere gruppelederne, og det var heller ikke mulig å identifisere dem på bakgrunn av lydopptak. Dette medførte at delstudien ikke har informasjon om antall unike gruppeledere i delstudien, noe som leder til flere begrensninger. For eksempel er det usikkert i hvilken grad utvalget er representativt. På den ene siden kunne markører potensielt gitt tilgang til å undersøke mulige forskjeller mellom gruppelederes tiltaksintegritet knyttet til bakgrunn, erfaring eller andre faktorer. Samtidig er utvalget av veiledere i SIBS-RCT relativt lite ($N = 38$), som gjør at den reelle muligheten av slike markører ville vært begrenset. For å bruke informasjonen til solide analyser om for eksempel bakgrunn, måtte utvalget av gruppeledere vært større.

Begrensninger knyttet til vurdering av kompetanse

Skåringskjemaet har kun ett ledd for måling av kompetanse, og mangler en detaljert skåringsnøkkel for dette leddet. Dette bidro til vansker med å skille mellom ulike skårer. Å skåre gruppeleders kompetanse i økten med kun ett ledd medførte en helhetlig, men også noe unyansert vurdering av flere elementer, som gruppeleders fleksibilitet og evne til tilpasning, samt forståelse av mål for veiledning.

Få inkluderte ledd i analysene

Flere ledd ble ekskludert fra analysene, deriblant «Stopper foreldre» og «Ansvarliggjør barn» (ekskludert fra begge øktene), samt «Ros» (kun ekskludert fra økt 3). Årsaken til at de to førstnevnte ble ekskludert er at de ble skåret med svarkategorien «ikke aktuelt», som gjorde det svært krevende å analysere skårene sammen med de andre leddene. Årsaken til sistnevnte var at «Ros», på grunn av en feil i SIBS-manualen, ikke var et inkludert manualelement i økt 3. Fjerning av disse elementene førte til færre ledd i analysene, noe som bidro til mindre detaljert og nyansert informasjon om etterlevelse i veiledningsøktene. For eksempel resulterte dette i mindre informasjon om i hvilken grad gruppeleder stoppet foreldre som gikk i forsvar og veiledet dem til å utforske og lytte, og i hvilken grad de ansvarliggjorde barn til å bidra i samtalen.

4.4 Implikasjoner og videre forskning

4.4.1 Videreutvikling av SIBS-intervensjonen

Å undersøke tiltaksintegritet deskriptivt i SIBS-RCT som er gjort i denne delstudien, er et viktig skritt på veien til en evidensbasert intervensjon for søsken til barn med en kronisk sykdom. De deskriptive dataene gir nyansert informasjon om hvordan intervensjonen faktisk ble gjennomført, og om styrker og svakheter som kan brukes for å videreutvikle intervensjonen (Domitrovich & Greenberg, 2000). De kan videre informere prosjektledere om hvorvidt det er behov for ytterligere opplæring eller trening av tiltaksledere (Lemire et al., 2022). Da tiltaksintegritet kan ha sammenheng med kliniske utfall (Cuddeback et al., 2013; Hamre et al., 2010; Ruble et al., 2013; Schoenwald et al., 2003) og et neste steg i SIBS-RCT er å undersøke utfallsmål, kan denne delstudien bidra med viktig informasjon i forståelsen av utfallsmålene.

Videreutvikling av måleinstrument og manual

Resultatene fra delstudien peker på at måleinstrumentet kan gi mål på tiltaksintegritet, men at det også kan forbedres på flere punkter. For eksempel anbefales det at kategorien «ikke aktuelt» fjernes, og at skåring bør gjennomføres på en skala fra 0-6 for alle ledd. En slik videreutvikling vil være i tråd med anbefalingene fra Sutherland og medforfatteres konseptuelle rammeverk (2013), og mer likt CAS-CBTs originale måleinstrument (Bjaastad et al., 2016).

Videre er en begrensning med manualen at flere instruksjoner er beskrevet flerleddet, for eksempel leddet «Gi tilbakemelding på noe foreldrene gjør bra med fokus på å lytte, utforske og bekrefte». En slik flerleddet instruksjon kan bidra til forvirring og uklarhet for gruppeledere, og kan vanskeliggjøre skåring. Instruksjonen kan tolkes som at man skal kommentere på alle kommunikasjonsteknikkene (lytte, bekrefte, utforske), selv om det er tilstrekkelig å gi tilbakemelding på kun en av teknikkene. Instruksjonene bør også være likt og tydelig formulert i begge øktene. For eksempel blir manualinstruksjonen «Stopper foreldre som går i forsvar eller begynner å forklare heller enn å utforske barnas utfordring/løsningsforslag og veilede dem til å utforske og lytte», formulert annerledes og mindre detaljert i økt 3.

Et annet forslag til forbedring er å måle kompetanse med flere adskilte ledd, slik det også er originalt i CAS-CBT (Bjaastad et al., 2016), samt å utforme en detaljert skåringsnøkkel. Forslag til ledd som kan inkluderes er timing på tilbakemeldinger, fleksibilitet

og tilpasning til barnet og forelder, og gruppeleders struktur på tilbakemelding. Hvert ledd kan bli skåret på en skala fra 0-6, og inneholde en vurdering av total kompetanse til slutt. Dette kan bidra til mer nyanserte og presise mål på gruppelederens kompetanse. Det kan også være hensiktsmessig å inkludere relasjonelle faktorer som en egen kategori som supplerer leddet «hvor krevende økten var å veilede». Kategorien kan også deles inn i flere ledd, som for eksempel en vurdering av henholdsvis barnet og forelders motivasjon, deres grad av involvering, og deres grad av allianse med gruppeleder.

Implikasjoner for gruppelederopplæring

Ifølge Sutherland og medforfattere, kan aspekter ved intervensjonen eller svikt i implementeringen være mulige årsaker til at en intervensjon ikke gir ønskede utfall. Sterk etterlevelse og kompetanse kan for eksempel indikere svakheter ved selve intervensjonen som bør forbedres. I motsetning kan resultater på svak etterlevelse og kompetanse tyde på at det er nødvendig med ytterligere fokus på bedre tilpasset opplæring av tiltaksledere (2013). At funnene fra delstudien indikerer lavere grad av etterlevelse og kompetanse sammenlignet med øvrige økter i intervensjonen (Fløtten & Garras, 2022), kan dermed indikere at prosjektledere bør ha et økt fokus på opplæringen i disse øktene. Det kan tenkes at administreringen av veiledningen stiller særskilte krav, som gjør det mer utfordrende å tilegne seg nødvendige ferdigheter som gruppeleder av økt 3 og 5.

Funnene fra delstudien om hvilke manuelelementer som ble etterfulgt og hva gruppeledere gjorde i tillegg til manualinstruksjonene, kan brukes til å videreutvikle intervensjonen. I opplæringen av gruppeledere kan prosjektlederne ha økt fokus på manuelelementer som viste lavere grad av etterlevelse, samt informere om hva gruppeledere typisk legger til i øktene, og oppfordre fremtidige gruppeledere til å unngå dette. Samtidig kan det tenkes at tillagte elementer bidrar negativt, nøytralt eller positivt til intervensjonen (Toomey et al., 2020). Som en fremtidig mulighet i SIBS-RCT kan prosjektledere undersøke hvilken retning tillagte elementer bidrar, og bruke denne informasjonen til å videreutvikle den. De kan da inkludere elementer som bidrar positivt, og ta med seg kunnskapen om hva gruppeledere ikke burde gjøre i opplæringen av nye veiledere.

Som en annen fremtidig mulighet kan informasjonen om etterlevelse og differensiering brukes av prosjektet som utgangspunkt for kvalitative intervjuer, for å skape en forståelse av hvorfor gruppeledere utførte eller ikke utførte enkelte elementer. Dette kan gi et kvalitativt blikk på gruppelederens vurderinger av hvilke elementer det var spesielt krevende å utføre, og hvorfor de valgte å legge til elementer. Slike beskrivelser kan videre danne

utgangspunkt for eksempelscenarioer av mer realistiske situasjoner som kan oppstå i øktene, som prosjektlederne kan bruke i opplæringen av nye gruppeledere.

4.4.2 Implikasjoner for feltet og videre forskning

Gjennomgangen av andre intervensjoner for søsken til barn med en kronisk sykdom (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023), tyder på at svært få har undersøkt tiltaksintegritet. For de få studiene som har undersøkt tiltaksintegritet til en viss grad, er det få som definerer komponentene, som rapporterer hvordan de har målt dem, eller som gir detaljer om metode for gjennomføring og resultatene av dette (Giallo & Gavidia-Payne, 2008; Jones et al., 2020; Roberts et al., 2015). Dette er i tråd med resultater fra en annen litteraturgjennomgang som fant at kun 15% av undersøkte studier rapporterte om tiltaksintegritet på en adekvat måte (Cox et al., 2019). Denne delstudien understreker dermed viktigheten av å måle tiltaksintegritet, spesielt i feltet søsken som pårørende, og kan kanskje bidra til et økt fokus på adekvate metoder for å måle de ulike komponentene.

Delstudien belyser videre viktigheten av tilgang på gode måleinstrumenter når komponentene for tiltaksintegritet skal undersøkes. Det finnes et begrenset utvalg psykometrisk evaluerte instrumenter (Cox et al., 2019; Toomey et al., 2020), noe som ofte gjør det nødvendig å tilpasse måleinstrumentene til de spesifikke intervensjonene. Dette er problematisk, og bidrar til vansker med repliserbarhet og sammenligning mellom studier. På bakgrunn av dette er det behov for at fremtidige studier har fokus på utvikling av måleinstrumenter for tiltaksintegritet, spesielt knyttet til intervensjoner for søsken som pårørende.

Delstudien tydeliggjør også behovet for å utvikle konsensus om definisjoner av tiltaksintegritet, som er vesentlig for måling og evaluering (Cox et al., 2019; Perepletchikova et al., 2007). For eksempel bør samme forståelse av begrepet etterlevelse ligge til grunn når man sammenligner kvantitative mål på komponenten, men dette er utfordrende når få studier eksplisitt definerer begrepet i sine studier (Cox et al., 2019; Sanetti et al., 2020). Manglende konsensus om definisjoner og begrepsbruk blir omtalt som en utfordring i implementeringsforskning generelt (Toomey et al., 2020), da ulike forskere ofte bruker ulike definisjoner på komponentene (Lemire et al., 2022; McLeod et al., 2013; Sutherland et al., 2013). Videre bør det generelt også etterstrebes økt bruk av eksisterende rammeverk, da dette gir tydelige retningslinjer for hvordan tiltaksintegritet kan måles (Toomey et al., 2020).

4.5 Konklusjon

Formålet med denne delstudien var å evaluere tiltaksintegritet i veiledningsøktene for SIBS-RCT økt 3 og 5. Funnene indikerte middels høy etterlevelse i økt 3 og 5, med et noe høyere nivå av etterlevelse i økt 3. For begge øktene viste resultatene middels lavt nivå av kompetanse, og lav grad av differensiering. Sammenlignet med lignende studier tyder resultatene på noe lavere tiltaksintegritet i SIBS-RCT økt 3 og 5, sammenlignet med økt 1, 2 og 4 (Fløtten & Garras, 2022), og med tiltaksintegritet til gruppeledere i en tidligere pilotstudie av SIBS-intervensjonen (Haukeland et al., 2020). Resultatene viste signifikante sammenhenger mellom etterlevelse og kompetanse, og mellom differensiering og kompetanse, noe som kan tyde på at komponentene måler noe av det samme konstruktet. Det var ingen signifikante korrelasjoner mellom etterlevelse og differensiering, som tyder på at dette i større grad er distinkte fenomener, og bør måles separat. En annen mulig forklaring er at dyktige gruppeledere som hadde høy kompetanse, også i større grad fulgte manualinstruksjonene i deres administrering av øktene, og unngikk å gjøre aktiviteter som falt utenfor oppgavebeskrivelsen. På grunn av flere utfordringer med å sammenligne resultater på tvers av studier, bør resultatene likevel tolkes og sammenlignes med varsomhet.

Delstudien tydeliggjør flere utfordringer i feltet, som gir implikasjoner for videre forskning. Blant annet er mer forskning nødvendig for at man etter hvert kan utvikle flere og mer tilpassede måleverktøy, for at man kan øke kunnskapen om hvilke komponenter som bør måles, og for å definere hva som er tilstrekkelige nivåer av de ulike komponentene av tiltaksintegritet. I tillegg har få studier undersøkt tiltaksintegritet i intervensjoner for søsken til barn med kronisk sykdom (McKenzie Smith et al., 2018; Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2023), noe som er viktig for å kvalitetssikre evidensbaserte intervensjoner (McLeod et al., 2023). Formålet med SIBS-RCT er å skape en evidensbasert intervensjon for søsken som pårørende, hvor målet er å bedre søskens psykiske helse, og kommunikasjonen mellom foreldre og barn. Funnene og implikasjonene fra denne delstudien kan bidra i videreutviklingen av intervensjonen, og være med på å legge grunnlaget for en mer nyansert forståelse av fremtidige studier på intervensjonens effekt. Således kan delstudien være et viktig bidrag på veien til å lage et godt og kvalitetssikret forebyggende tiltak, som kan brukes av helsepersonell i møte med søsken som pårørende.

5. Litteraturliste

- Barber, J. P., Crits-Christoph, P., & Luborsky, L. (1996). Effects of therapist adherence and competence on patient outcome in brief dynamic therapy. *Journal of consulting and clinical psychology, 64*(3), 619-622. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.64.3.619>
- Barber, J. P., Gallop, R., Crits-Christoph, P., Frank, A., Thase, M. E., Weiss, R. D., & Beth Connolly Gibbons, M. (2006). The role of therapist adherence, therapist competence, and alliance in predicting outcome of individual drug counseling: Results from the National Institute Drug Abuse Collaborative Cocaine Treatment Study. *Psychotherapy Research, 16*(2), 229-240. <https://doi.org/10.1080/10503300500288951>
- Barber, J. P., Liese, B. S., & Abrams, M. J. (2003). Development of the cognitive therapy adherence and competence scale. *Psychotherapy Research, 13*(2), 205-221. <https://doi.org/10.1093/ptr/kpg019>
- Bjaastad, J. F., Haugland, B. S. M., Fjermestad, K. W., Torsheim, T., Havik, O. E., Heiervang, E. R., & Öst, L.-G. (2016). Competence and Adherence Scale for Cognitive Behavioral Therapy (CAS-CBT) for anxiety disorders in youth: Psychometric properties. *Psychological Assessment, 28*(8), 908. <https://doi.org/10.1037/pas0000230>
- Borrelli, B. (2011). The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of public health dentistry, 71*(1), 52-63. <https://doi.org/10.1111/j.1752-7325.2011.00233.x>
- Botvin, G. J. (2004). Advancing Prevention Science and Practice: Challenges, Critical Issues, and Future Directions. *Prevention Science, 5*(1), 69-72. <https://doi.org/10.1023/B:PREV.0000013984.83251.8b>
- Boyle, K., Deisenhofer, A.-K., Rubel, J. A., Bennemann, B., Weinmann-Lutz, B., & Lutz, W. (2020). Assessing treatment integrity in personalized CBT: The inventory of therapeutic interventions and skills. *Cognitive Behaviour Therapy, 49*(3), 210-227. <https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1625945>
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., & Tassi, C. (2017). A psychoeducational group intervention for siblings of children with autism spectrum disorder. *The Journal for Specialists in Group Work, 42*(4), 274-298. <https://doi.org/10.1080/01933922.2017.1350230>
- Bufdir. (2022, 22. november). *SIBS - et forebyggende tiltak for søsken som pårørende*. <http://www2.bufdir.no/Familie/foreldrestotte/tiltaksliste/SIBS/>

- Carroll, C., Patterson, M., Wood, S., Booth, A., Rick, J., & Balain, S. (2007). A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation science*, 2(40), 1-9.
<https://doi.org/10.1186/1748-5908-2-40>
- Cicchetti, D. V. (1994). Guidelines, criteria, and rules of thumb for evaluating normed and standardized assessment instruments in psychology. *Psychological Assessment*, 6(4), 284-290. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.6.4.284>
- Collyer, H., Eisler, I., & Woolgar, M. (2020). Systematic literature review and meta-analysis of the relationship between adherence, competence and outcome in psychotherapy for children and adolescents. *European child & adolescent psychiatry*, 29, 417-431.
<https://doi.org/10.1007/s00787-018-1265-2>
- Cox, J. R., Martinez, R. G., & Southam-Gerow, M. A. (2019). Treatment integrity in psychotherapy research and implications for the delivery of quality mental health services. *Journal of consulting and clinical psychology*, 87(3), 221.
<https://doi.org/10.1037/ccp0000370>
- Cuddeback, G. S., Morrissey, J. P., Domino, M. E., Monroe-DeVita, M., Teague, G. B., & Moser, L. L. (2013). Fidelity to recovery-oriented ACT practices and consumer outcomes. *Psychiatric Services*, 64(4), 318-323.
<https://doi.org/10.1176/appi.ps.201200097>
- Dane, A. V., & Schneider, B. H. (1998). Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? *Clinical psychology review*, 18(1), 23-45. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(97\)00043-3](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(97)00043-3)
- Deavin, A., Greasley, P., & Dixon, C. (2018). Children's perspectives on living with a sibling with a chronic illness. *Pediatrics*, 142(2). <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4151>
- Domitrovich, C. E., Bradshaw, C. P., Poduska, J. M., Hoagwood, K., Buckley, J. A., Olin, S., Romanelli, L. H., Leaf, P. J., Greenberg, M. T., & Ialongo, N. S. (2008). Maximizing the implementation quality of evidence-based preventive interventions in schools: A conceptual framework. *Advances in school mental health promotion*, 1(3), 6-28.
<https://doi.org/10.1080/1754730X.2008.9715730>
- Domitrovich, C. E., & Greenberg, M. T. (2000). The study of implementation: Current findings from effective programs that prevent mental disorders in school-aged children. *Journal of educational and psychological consultation*, 11(2), 193-221.
https://doi.org/10.1207/S1532768XJEPC1102_04
- Durlak, J. A., & DuPre, E. P. (2008). Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting

- implementation. *American journal of community psychology*, *41*, 327-350.
<https://doi.org/10.1007/s10464-008-9165-0>
- Durlak, J. A., Weissberg, R. P., Dymnicki, A. B., Taylor, R. D., & Schellinger, K. B. (2011). The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school-based universal interventions. *Child development*, *82*(1), 405-432.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01564.x>
- Endringslov til pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (2017). Lov om endringar i pasient- og brukarrettslova, helsepersonellova m.m. (styrking av rettsstillinga til barn ved yting av helse- og omsorgstenester m.m.) (LOV-2017-06-16-53).
<https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-06-16-53>
- Fjermestad, K. W., Silverman, W. K., & Vatne, T. M. (2020). Group intervention for siblings and parents of children with chronic disorders (SIBS-RCT): study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, *21*, 1-12. <https://doi.org/10.1186/s13063-020-04781-6>
- Fløtten, K., & Garras, E. A. L. (2022). *Adherence and Competence in Manual Based Therapy - Potential Differences Between Group Leaders Regarded as Experts and Non-Experts* [Hovedoppgave, Universitetet i Oslo]. DUO Vitenarkiv.
<http://urn.nb.no/URN:NBN:no-97192>
- Garland, A. F., Bickman, L., & Chorpita, B. F. (2010). Change what? Identifying quality improvement targets by investigating usual mental health care. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *37*, 15-26.
<https://doi.org/10.1007/s10488-010-0279-y>
- Gearing, R. E., El-Bassel, N., Ghesquiere, A., Baldwin, S., Gillies, J., & Ngeow, E. (2011). Major ingredients of fidelity: A review and scientific guide to improving quality of intervention research implementation. *Clinical psychology review*, *31*(1), 79-88.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.09.007>
- Giallo, R., & Gavidia-Payne, S. (2008). Evaluation of a family-based intervention for siblings of children with a disability or chronic illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, *7*(2), 84-96. <https://doi.org/10.5172/jamh.7.2.84>
- Goense, P. B., Assink, M., Stams, G.-J., Boendermaker, L., & Hoeve, M. (2016). Making 'what works' work: A meta-analytic study of the effect of treatment integrity on outcomes of evidence-based interventions for juveniles with antisocial behavior. *Aggression and violent behavior*, *31*, 106-115.
<https://doi.org/10.1016/j.avb.2016.08.003>

- Gresham, F. M., Dart, E. H., & Collins, T. A. (2017). Generalizability of multiple measures of treatment integrity: Comparisons among direct observation, permanent products, and self-report. *School Psychology Review, 46*(1), 108-121.
<https://doi.org/10.17105/SPR46-1.108-121>
- Hamre, B. K., Justice, L. M., Pianta, R. C., Kilday, C., Sweeney, B., Downer, J. T., & Leach, A. (2010). Implementation fidelity of MyTeachingPartner literacy and language activities: Association with preschoolers' language and literacy growth. *Early childhood research quarterly, 25*(3), 329-347.
<https://doi.org/10.1016/j.ecresq.2009.07.002>
- Harstad, S., Bjaastad, J. F., Hjemdal, O., Compton, S., Waaktaar, T., & Aalberg, M. (2021). Competence and Adherence Scale for Cognitive Behavioural Therapy (CAS-CBT) for anxiety disorders in youth: reliability and factor structure. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 49*(6), 745-757. <https://doi.org/10.1017/S1352465821000217>
- Haukeland, Y. B., Czajkowski, N. O., Fjermestad, K. W., Silverman, W. K., Mossige, S., & Vatne, T. M. (2020). Evaluation of "SIBS", an intervention for siblings and parents of children with chronic disorders. *Journal of Child and Family Studies, 29*, 2201-2217.
<https://doi.org/10.1007/s10826-020-01737-x>
- Haukeland, Y. B., Rønning, A. K., Nes, R. B., & Vatne, T. M. (2022). De glemte barna – en kartleggingsstudie av tilbud til og muligheter for pårørende søsken i norske kommuner. *Tidsskrift for Norsk psykologforening, 59*(5), 374-387.
<https://doi.org/10.52734/82j9M28u>
- Hayden, N. K., McCaffrey, M., Fraser-Lim, C., & Hastings, R. P. (2019). Supporting siblings of children with a special educational need or disability: an evaluation of sibs talk, a one-to-one intervention delivered by staff in mainstream schools. *Support for Learning, 34*(4), 404-420. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12275>
- Helsedirektoratet. (2018). §10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende (Nr. 2) [Rundskriv]. Helsedirektoratet.
<https://www.helsedirektoratet.no/rundskriv/helsepersonelloven-med-kommentarer/krav-til-helsepersonells-yrkesutovelse#paragraf-10a-helsepersonells-plikt-til-a-bidra-til-a-ivareta-mindrearige-barn-som-parorende>
- Hill, L. G., Maucione, K., & K. Hood, B. (2007). A Focused Approach to Assessing Program Fidelity. *Prevention Science, 8*(1), 25-34. <https://doi.org/10.1007/s11121-006-0051-4>
- Hogue, A., Henderson, C. E., Dauber, S., Barajas, P. C., Fried, A., & Liddle, H. A. (2008). Treatment adherence, competence, and outcome in individual and family therapy for

- adolescent behavior problems. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(4), 544-555. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.76.4.544>
- Holliday, J., Audrey, S., Moore, L., Parry-Langdon, N., & Campbell, R. (2009). High fidelity? How should we consider variations in the delivery of school-based health promotion interventions? *Health Education Journal*, 68(1), 44-62. <https://doi.org/10.1177/0017896908100448>
- Huang, K.-Y., Nakigudde, J., Calzada, E., Boivin, M. J., Ogedegbe, G., & Brotman, L. M. (2014). Implementing an early childhood school-based mental health promotion intervention in low-resource Ugandan schools: study protocol for a cluster randomized controlled trial. *Trials*, 15(1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/1745-6215-15-471>
- Husabo, E., Haugland, B. S., McLeod, B. D., Baste, V., Haaland, Å. T., Bjaastad, J. F., Hoffart, A., Raknes, S., Fjermestad, K. W., & Rapee, R. M. (2021). Treatment fidelity in brief versus standard-length school-based interventions for youth with anxiety. *School Mental Health*, 14, 49-62. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09458-2>
- Jones, E. A., Fiani, T., Stewart, J. L., Neil, N., McHugh, S., & Fienup, D. M. (2020). Randomized controlled trial of a sibling support group: Mental health outcomes for siblings of children with autism. *Autism*, 24(6), 1468-1481. <https://doi.org/10.1177/1362361320908979>
- Kerns, S. E., Perrine, C. M., Sedlar, G., Peterson, R., & Monroe-DeVita, M. (2021). Keeping the faith while keeping it real: Practical, empirical approaches to evaluating treatment fidelity. *Global Implementation Research and Applications*, 1(2), 90-101. <https://doi.org/10.1007/s43477-021-00012-5>
- Knecht, C., Hellmers, C., & Metzging, S. (2015). The perspective of siblings of children with chronic illness: A literature review. *Journal of pediatric nursing*, 30(1), 102-116. <http://dx.doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.010>
- Koo, T. K., & Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of chiropractic medicine*, 15(2), 155-163. <https://doi.org/10.1016/j.jcm.2016.02.012>
- Kryzak, L. A., Cengher, M., Feeley, K. M., Fienup, D. M., & Jones, E. A. (2015). A community support program for children with autism and their typically developing siblings: Initial investigation. *Journal of Intellectual Disabilities*, 19(2), 159-177. <https://doi.org/10.1177/1744629514564450>

- Lemire, C., Rousseau, M., & Dionne, C. (2022). A Comparison of Fidelity Implementation Frameworks Used in the Field of Early Intervention. *American Journal of Evaluation*. <https://doi.org/10.1177/10982140211008978>
- Lobato, D. J., & Kao, B. T. (2005). Brief report: Family-based group intervention for young siblings of children with chronic illness and developmental disability. *Journal of pediatric psychology, 30*(8), 678-682. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi054>
- Martinez, B., Pechlivanoglou, P., Meng, D., Traubici, B., Mahood, Q., Korczak, D., Colasanto, M., Mahant, S., Orkin, J., & Cohen, E. (2022). Clinical Health Outcomes of Siblings of Children with Chronic Conditions: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Pediatrics, 250*, 83-92. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2022.07.002>
- McCullough, K., & Simon, S. R. (2011). Feeling Heard: A Support Group for Siblings of Children with Developmental Disabilities. *Social Work with Groups, 34*(3-4), 320-329. <https://doi.org/10.1080/01609513.2011.558819>
- McKenzie Smith, M., Pinto Pereira, S., Chan, L., Rose, C., & Shafran, R. (2018). Impact of Well-being Interventions for Siblings of Children and Young People with a Chronic Physical or Mental Health Condition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review, 21*(2), 246-265. <https://doi.org/10.1007/s10567-018-0253-x>
- McLeod, B. D., Porter, N., Hogue, A., Becker-Haimes, E. M., & Jensen-Doss, A. (2023). What is the Status of Multi-Informant Treatment Fidelity Research? *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 52*(1), 74-94. <https://doi.org/10.1080/15374416.2022.2151713>
- McLeod, B. D., Southam-Gerow, M. A., Tully, C. B., Rodríguez, A., & Smith, M. M. (2013). Making a Case for Treatment Integrity as a Psychosocial Treatment Quality Indicator for Youth Mental Health Care. *Clinical Psychology: Science and Practice, 20*(1), 14-32. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12020>
- McLeod, B. D., Sutherland, K. S., Broda, M., Granger, K. L., Martinez, R. G., Conroy, M. A., Snyder, P. A., & Southam-Gerow, M. A. (2022). Development and Initial Psychometrics of a Generic Treatment Integrity Measure Designed to Assess Practice Elements Targeting Social, Emotional, and Behavioral Outcomes in Early Childhood Settings. *Prevention Science, 23*(4), 488-501. <https://doi.org/10.1007/s11121-021-01304-w>

- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2005). The therapy process observational coding system-alliance scale: measure characteristics and prediction of outcome in usual clinical practice. *Journal of consulting and clinical psychology, 73*(2), 323-333.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.73.2.323>
- McLeod, B. D., & Weisz, J. R. (2010). The Therapy Process Observational Coding System for Child Psychotherapy-Strategies Scale. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 39*(3), 436-443. <https://doi.org/10.1080/15374411003691750>
- Mitchell, A. E., Morawska, A., Vickers-Jones, R., & Bruce, K. (2021). A Systematic Review of Parenting Interventions to Support Siblings of Children with a Chronic Health Condition. *Clinical child and family psychology review, 24*(3), 651-667.
<https://doi.org/10.1007/s10567-021-00357-1>
- Naylor, A., & Prescott, P. (2004). Invisible children? The need for support groups for siblings of disabled children. *British Journal of Special Education, 31*(4), 199-206.
<https://doi.org/10.1111/j.0952-3383.2004.00355.x>
- Novins, D. K., Green, A. E., Legha, R. K., & Aarons, G. A. (2013). Dissemination and implementation of evidence-based practices for child and adolescent mental health: a systematic review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 52*(10), 1009-1025. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.07.012>
- Paivio, S. C., Holowaty, K. A. M., & Hall, I. E. (2004). The Influence of Therapist Adherence and Competence on Client Reprocessing of Child Abuse Memories. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 41*(1), 56-68. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.41.1.56>
- Perepletchikova, F., & Kazdin, A. E. (2005). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12*(4), 365-383. <https://doi.org/10.1093/clipsy.bpi045>
- Perepletchikova, F., Treat, T. A., & Kazdin, A. E. (2007). Treatment integrity in psychotherapy research: analysis of the studies and examination of the associated factors. *Journal of consulting and clinical psychology, 75*(6), 829-841.
<https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.6.829>
- Pinquart, M. (2022). Behavior Problems, Self-Esteem, and Prosocial Behavior in Siblings of Children With Chronic Physical Health Conditions: An Updated Meta-Analysis. *Journal of pediatric psychology, 48*(1), 77-90. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsac066>
- Roberts, R. M., Ejova, A., Giallo, R., Strohm, K., Lillie, M., & Fuss, B. (2015). A controlled trial of the SibworkS group program for siblings of children with special needs.

- Research in developmental disabilities*, 43-44, 21-31.
<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.06.002>
- Rojas-Andrade, R., & Bahamondes, L. L. (2019). Is implementation fidelity important? A systematic review on school-based mental health programs. *Contemporary School Psychology*, 23, 339-350. <https://doi.org/10.1007/s40688-018-0175-0>
- Ruble, L. A., McGrew, J. H., & Toland, M. D. (2013). Mechanisms of change in compass consultation for students with autism. *Journal of Early Intervention*, 35(4), 378-396. <https://doi.org/10.1177/1053815114546495>
- Sanetti, L. M. H., Charbonneau, S., Knight, A., Cochrane, W. S., Kulcyk, M. C., & Kraus, K. E. (2020). Treatment fidelity reporting in intervention outcome studies in the school psychology literature from 2009 to 2016. *Psychology in the Schools*, 57(6), 901-922. <https://doi.org/https://doi.org/10.1002/pits.22364>
- Schoenwald, S. K., Carter, R. E., Chapman, J. E., & Sheidow, A. J. (2008). Therapist adherence and organizational effects on change in youth behavior problems one year after multisystemic therapy. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 35(5), 379-394. <https://doi.org/10.1007/s10488-008-0181-z>
- Schoenwald, S. K., Sheidow, A. J., Letourneau, E. J., & Liao, J. G. (2003). Transportability of multisystemic therapy: evidence for multilevel influences. *Mental health services research*, 5(4), 223-239. <https://doi.org/10.1023/a:1026229102151>
- Sharpe, D., & Rossiter, L. (2002). Siblings of children with a chronic illness: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 27(8), 699-710. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.8.699>
- Nasjonal kompetansetjeneste for sjeldne diagnoser. (u.å.). *Sjelden.no – lær om sjeldne diagnoser*. <https://sjelden.no>
- Sutherland, K. S., & McLeod, B. D. (2022). Advancing the Science of Integrity Measurement in School Mental Health Research. *School Mental Health*, 14(1), 1-6. <https://doi.org/10.1007/s12310-021-09468-0>
- Sutherland, K. S., McLeod, B. D., Conroy, M. A., & Cox, J. R. (2013). Measuring implementation of evidence-based programs targeting young children at risk for emotional/behavioral disorders: Conceptual issues and recommendations. *Journal of Early Intervention*, 35(2), 129-149. <https://doi.org/10.1177/1053815113515025>
- Sørli, M.-A., Ogden, T., Solholm, R., & Olseth, A. R. (2010). Implementeringskvalitet – om å få tiltak til å virke: En oversikt. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(4), 315-

321. <https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2010/04/implementeringskvalitet-om-fa-tiltak-til-virke-en-oversikt>
- SIBS Søskenprosjektet. (u.å.). <https://sibs.no>
- Toomey, E., Hardeman, W., Hankonen, N., Byrne, M., McSharry, J., Matvienko-Sikar, K., & Lorencatto, F. (2020). Focusing on fidelity: narrative review and recommendations for improving intervention fidelity within trials of health behaviour change interventions. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 8(1), 132-151. <https://doi.org/10.1080/21642850.2020.1738935>
- Tschuschke, V., Cramer, A., Koehler, M., Berglar, J., Muth, K., Staczan, P., Von Wyl, A., Schulthess, P., & Koemeda-Lutz, M. (2015). The role of therapists' treatment adherence, professional experience, therapeutic alliance, and clients' severity of psychological problems: Prediction of treatment outcome in eight different psychotherapy approaches. Preliminary results of a naturalistic study. *Psychotherapy Research*, 25(4), 420-434. <https://doi.org/10.1080/10503307.2014.896055>
- Vatne, T. M., Haukeland, Y. B., Mossige, S., & Fjermestad, K. W. (2019). The development of a joint parent-child intervention for siblings of children with chronic disorders. *Fokus på familien*, 47(1), 20-35. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-01-03>
- Vermaes, I. P., van Susante, A. M., & van Bakel, H. J. (2012). Psychological functioning of siblings in families of children with chronic health conditions: a meta-analysis. *Journal of pediatric psychology*, 37(2), 166-184. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsr081>
- Waltz, J., Addis, M. E., Koerner, K., & Jacobson, N. S. (1993). Testing the integrity of a psychotherapy protocol: assessment of adherence and competence. *Journal of consulting and clinical psychology*, 61(4), 620-630. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.61.4.620>
- Wanless, S. B., & Domitrovich, C. E. (2015). Readiness to Implement School-Based Social-Emotional Learning Interventions: Using Research on Factors Related to Implementation to Maximize Quality. *Prevention Science*, 16(8), 1037-1043. <https://doi.org/10.1007/s11121-015-0612-5>
- Webb, C. A., Derubeis, R. J., & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 200-211. <https://doi.org/10.1037/a0018912>
- Weisz, J. R., Southam-Gerow, M. A., Gordis, E. B., Connor-Smith, J. K., Chu, B. C., Langer, D. A., McLeod, B. D., Jensen-Doss, A., Updegraff, A., & Weiss, B. (2009). Cognitive-behavioral therapy versus usual clinical care for youth depression: an initial

test of transportability to community clinics and clinicians. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(3), 383-396. <https://doi.org/10.1037/a0013877>

Wolff, B., Magiati, I., Roberts, R., Skoss, R., & Glasson, E. J. (2023). Psychosocial Interventions and Support Groups for Siblings of Individuals with Neurodevelopmental Conditions: A Mixed Methods Systematic Review of Sibling Self-reported Mental Health and Wellbeing Outcomes. *Clinical child and family psychology review*, 26(1), 143-189. <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00413-4>

Appendix A

Måleinstrument

Under presenteres det fullstendige måleinstrumentet som ble benyttet for skåring av økt 3 og 5 i denne delstudien. Måleinstrumentet ble utformet av Krister Fjermestad.

Gruppeleders etterlevelse av manual	Ja	Delvis	Nei	Ikke aktuelt
<p>Gir barna støtte og ros</p> <p>Gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å lytte/høre etter</p> <p>Gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å bekrefte/vise at hen forstår</p> <p>Gir tilbakemelding om noe foreldrene gjør bra med fokus på å utforske/være nysgjerrig</p> <p>Identifiserer områder som kan utforskes nærmere og oppfordrer foreldrene til å gjøre dette</p> <p>Stopper foreldre som går i forsvar eller begynner å forklare heller enn å utforske barnas utfordring/løsningsforslag og veilede dem til å utforske og lytte</p> <p>Ansvarliggjør barna også når det gjelder å bidra i samtale</p>				
Eventuelle avvik fra etterlevelse	Ja	Delvis	Nei	Ikke aktuelt
<p>Gruppeleder kommenterer på kroppsspråk, atmosfære eller andre aspekt som er relatert til kommunikasjon men ikke koblet til lytte-utforske-bekreft.</p> <p>Gruppeleder spør om barnet forstår/kan sette seg inn i foreldrenes tanker eller følelser</p> <p>Gruppeleder setter seg inn i barnet, og beskriver hvordan han/hun tenker eller føler</p>				

<p>Gruppeleder går i dialog med barnet utover å gi ros</p> <p>Gruppeleder går i dialog med forelder utover å gi tilbakemelding om kommunikasjon</p> <p>Gruppeleder introduserer andre tema enn kommunikasjonsteknikker i samtalen på eget initiativ</p> <p>Gruppeleder kommer med løsningsforslag til familiens utfordringer</p> <p>Gruppeleder uteblir fra økten</p> <p>Gruppeleder kommer tilbake i rommet for å gi tilbakemelding flere ganger</p>				
Tidsbruk	Minutter		Sekunder	
<p>Varighet på økten totalt</p> <p>Ca når kommer gruppeleder inn i rommet</p> <p>Ca når gruppeleder bryter inn i samtalen og gir tilbakemelding</p> <p>Ca når gruppeleder går ut av samtalen</p> <p>Varighet totalt av at gruppeleder er inne</p>				

Hvor krevende var denne økten å veilede ut ifra samtalen karakter fra 0 (meget lett) til 5 (meget krevende)	
Total vurdering av gruppeleders kompetanse i økten fra 0 (meget dårlig) til 5 (meget god)	

Tekniske aspekt	Ja	Delvis	Nei
Var lydopptaket av timen fullstendig?			
Var lydopptaket vanskelig å skåre pga. opptakets kvalitet (bilde, lyd, kameravinkel ect.)?			
Andre kommentarer til økten			

Appendix B

Intervensjoner for søsken som pårørende

Under presenteres oversikt over de 34 intervensjonene for søsken til barn med kronisk sykdom, som det ble rapportert om på tvers av tre litteraturgjennomganger (McKenzie Smith et al., 2018 og Mitchell et al., 2021; Wolff et al., 2022).

- Besier, T., Hölling, H., Schlack, R., West, C., & Goldbeck, L. (2010). Impact of a family-oriented rehabilitation programme on behavioural and emotional problems in healthy siblings of chronically ill children. *Child: care, health and development*, 36(5), 686-695. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01085.x>
- Brouzos, A., Vassilopoulos, S. P., & Tassi, C. (2017). A psychoeducational group intervention for siblings of children with autism spectrum disorder. *The Journal for Specialists in Group Work*, 42(4), 274-298. <https://doi.org/10.1080/01933922.2017.1350230>
- Calio, C., & Higgins-D'Alessandro, A. (2021). "It's really unexplainable, but everyone here got it:" Analysis of an ASD sibling support group for emerging adults. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 88. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2021.101857>
- Cebula, K. R. (2012). Applied behavior analysis programs for autism: Sibling psychosocial adjustment during and following intervention use. *Journal of autism and developmental disorders*, 42(5), 847-862. <https://doi.org/10.1007/s10803-011-1322-x>
- D'Arcy, F., Flynn, J., McCarthy, Y., O'Connor, C., & Tierney, E. (2005). Sibshops: An evaluation of an interagency model. *Journal of Intellectual Disabilities*, 9(1), 43-57. <https://doi.org/10.1177/1744629505049729>
- Dolgin, M. J., Somer, E., Zaidel, N., & Zaizov, R. (1997). A structured group intervention for siblings of children with cancer. *Journal of child and adolescent group therapy*, 7(1), 3-18. <https://doi.org/10.1007/BF02548945>
- Evans, J., Jones, J., & Mansell, I. (2001). Supporting siblings: Evaluation of support groups for brothers and sisters of children with learning disabilities and challenging behaviour. *Journal of Learning Disabilities*, 5(1), 69-78. <https://doi.org/10.1177/146900470100500107>
- Fell, L., Goshe, B., Traeger, L., Perez, G., Iannuzzi, D., Park, E., ... & Luberto, C. (2022). Acceptability of a virtual mind-body group intervention for teen siblings of children

- with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(12), 5243-5252. <https://doi.org/10.1007/s10803-022-05500-7>
- Fjermestad, K. W., Haukeland, Y. B., Mossige, S., & Vatne, T. M. (2019). Children's perspectives on the experiences of their siblings with chronic disorders. *Clinical Social Work Journal*, 47(3), 290-299. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00705-3>
- Fjermestad, K. W., Pat, P., Dearozet, S., Vatne, T., Hafting, M., & Jegannathan, B. (2021). Manual-based group intervention for siblings and parents of children with neurodevelopmental disorders in Cambodia. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 33(5), 839-856. <https://doi.org/10.1007/s10882-020-09777-3>
- Giallo, R., & Gavidia-Payne, S. (2008). Evaluation of a family-based intervention for siblings of children with a disability or chronic illness. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*, 7(2), 84-96. <https://doi.org/10.5172/jamh.7.2.84>
- Gettings, S., Franco, F., & Santosh, P. J. (2015). Facilitating support groups for siblings of children with neurodevelopmental disorders using audio-conferencing: A longitudinal feasibility study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 9(1), 1-15. <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0041-z>
- Granat, T., Nordgren, I., Rein, G., & Sonnander, K. (2012). Group intervention for siblings of children with disabilities: A pilot study in a clinical setting. *Disability and Rehabilitation*, 34(1), 69-75. <https://doi.org/10.3109/09638288.2011.587087>
- Haukeland, Y. B., Czajkowski, N. O., Fjermestad, K. W., Silverman, W. K., Mossige, S., & Vatne, T. M. (2020). Evaluation of "SIBS", an intervention for siblings and parents of children with chronic disorders. *Journal of Child and Family Studies*, 29, 2201-2217. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01737-x>
- Hayden, N. K., McCaffrey, M., Fraser-Lim, C., & Hastings, R. P. (2019). Supporting siblings of children with a special educational need or disability: an evaluation of sibs talk, a one-to-one intervention delivered by staff in mainstream schools. *Support for Learning*, 34(4), 404-420. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12275>
- Heiney, S. P., Goon-Johnson, K., Ettinger, R. S., & Ettinger, S. (1990). The effects of group therapy on siblings of pediatric oncology patients. *Journal of pediatric oncology nursing*, 7(3), 95-100. <https://doi.org/10.1177/104345429000700303>
- Houtzager, B. A., Grootenhuis, M. A., & Last, B. F. (2001). Supportive groups for siblings of pediatric oncology patients: impact on anxiety. *Psycho-Oncology: Journal of the Psychological, Social and Behavioral Dimensions of Cancer*, 10(4), 315-324. <https://doi.org/10.1002/pon.528>

- Jones, E. A., Fiani, T., Stewart, J. L., Neil, N., McHugh, S., & Fienup, D. M. (2020). Randomized controlled trial of a sibling support group: Mental health outcomes for siblings of children with autism. *Autism, 24*(6), 1468-1481.
<https://doi.org/10.1177/1362361320908979>
- Kang, S. J., Kim, H. S., & Baek, K. H. (2021). Effects of nature-based group art therapy programs on stress, self-esteem and changes in electroencephalogram (EEG) in non-disabled siblings of children with disabilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 18*(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18115912>
- Kiernan, G., Gormley, M., & MacLachlan, M. (2004). Outcomes associated with participation in a therapeutic recreation camping programme for children from 15 European countries: Data from the 'Barretstown Studies'. *Social science & medicine, 59*(5), 903-913. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.12.010>
- Kryzak, L. A., Cengher, M., Feeley, K. M., Fienup, D. M., & Jones, E. A. (2015). A community support program for children with autism and their typically developing siblings: Initial investigation. *Journal of Intellectual Disabilities, 19*(2), 159-177.
<https://doi.org/10.1177/1744629514564450>
- Lobato, D. J., & Kao, B. T. (2002). Integrated sibling-parent group intervention to improve sibling knowledge and adjustment to chronic illness and disability. *Journal of pediatric psychology, 27*(8), 711-716. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/27.8.711>
- Lobato, D. J., & Kao, B. T. (2005). Brief report: Family-based group intervention for young siblings of children with chronic illness and developmental disability. *Journal of pediatric psychology, 30*(8), 678-682. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsi054>
- McCullough, K., & Simon, S. R. (2011). Feeling heard: A support group for siblings of children with developmental disabilities. *Social Work with Groups, 34*(3-4), 320-329.
<https://doi.org/10.1080/01609513.2011.558819>
- McLinden, S. E., Miller, L. M., & Deprey, J. M. (1991). Effects of a support group for siblings of children with special needs. *Psychology in the Schools, 28*(3), 230-237.
[https://doi.org/10.1002/1520-6807\(199107\)28:3<230::AID-PITS2310280308>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/1520-6807(199107)28:3<230::AID-PITS2310280308>3.0.CO;2-D)
- Phillips, R. S. (1999). Intervention with siblings of children with developmental disabilities from economically disadvantaged families. *Families in Society, 80*(6), 569-577.
<https://doi.org/10.1606/1044-3894.1781>
- Roberts, R. M., Ejova, A., Giallo, R., Strohm, K., Lillie, M., & Fuss, B. (2015). A controlled trial of the SibworkS group program for siblings of children with special needs.

Research in developmental disabilities, 43, 21-31.

<https://doi.org/10.1016/j.ridd.2015.06.002>

Rye, K., Hicks, S., & Falconer, C. (2018). Evaluating a group for young people who have a sibling with a disability. *Learning Disability Practice*, 21(3),17-23.

<https://doi.org/10.7748/ldp.2018.e1901>

Sidhu, R., Passmore, A., & Baker, D. (2006). The effectiveness of a peer support camp for siblings of children with cancer. *Pediatric blood & cancer*, 47(5), 580-588.

<https://doi.org/10.1002/pbc.20653>

Smith, T., & Perry, A. (2005). A sibling support group for brothers and sisters of children with autism. *Journal on Developmental Disabilities*, 11(1), 77-88.

<https://citeseerx.ist.psu.edu/document?repid=rep1&type=pdf&doi=b14166b671642a060af63718885ae4f9f26c8be2>

Williams, P. D., Williams, A. R., Graff, J. C., Hanson, S., Stanton, A., Hafeman, C., ... & Sanders, S. (2003). A community-based intervention for siblings and parents of children with chronic illness or disability: the ISEE study. *The Journal of Pediatrics*, 143(3), 386-393. [https://doi.org/10.1067/S0022-3476\(03\)00391-3](https://doi.org/10.1067/S0022-3476(03)00391-3)

Zucker, A., Chang, Y., Maharaj, R., Wang, W., Fiani, T., McHugh, S., ... & Jones, E. A. (2022). Quality of the sibling relationship when one sibling has autism spectrum disorder: A randomized controlled trial of a sibling support group. *Autism*, 26(5), 1137-1152. <https://doi.org/10.1177/13623613211042135>