



Høgskulen
på Vestlandet

BACHELOROPPGAVE

Kognitiv atferdsterapi for angst hos barn og unge med
autismespekterforstyrrelse

Cognitive behavioral therapy for anxiety in children and
adolescents with autism spectrum disorder

Kandidatnummer: 312

BSV5-300 Bachelor i vernepleie

Fakultet for helse- og sosialvitenskap

Institutt for velferd og deltaking

Innleveringsdato: 01.12.2021

Antall ord: 7929

Jeg bekrefter at arbeidet er selvstendig utarbeidet, og at referanser/kildehenvisninger til alle kilder som er brukt i arbeidet er oppgitt, jf. Forskrift om studium og eksamen ved Høgskulen på Vestlandet, § 12-1.

Abstract

Aim: The purpose of this bachelor thesis was to examine the extent to which cognitive behavioral therapy had an effect in the treatment of anxiety, in children and adolescents with autism spectrum disorder. In this context, various of factors were also examined in whether they could influence the effects of treatment.

Research question: To what extent has cognitive behavioral therapy shown an effect in the treatment of anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder, and what factors can influence the effect?

Background: People with autism spectrum disorder have an increased vulnerability to develop mental disorders. 50 % of children with autism spectrum disorder experience anxiety disorders. It is important to have knowledge about the effects of evidence-based treatments. Untreated anxiety can be assumed to lead to significant dysfunction and poor quality of life.

Method: The method used to answer the research question was a literature study. A systematic approach was taken to obtain relevant literature and research. The searches were carried out in relevant databases, and the research that was included was critically assessed.

Results: The results show that cognitive behavioral therapy has a moderate to large effect size in the treatment of anxiety. However, the effect sizes depended on several factors such as parental involvement, different informant perspectives, adapted therapy and duration of treatment.

Conclusion: Literature and research show that it is important to treat anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder. Overall, the main findings show that cognitive behavioral therapy has an effect. However, the effect sizes varied depending on the factors the studies examined. Qualitative follow-up and more studies are recommended. In addition, there is reason to reflect on methodological differences.

Innholdsfortegnelse

1.0	INNLEDNING	1
1.1	BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA OG VERNEPLEIEFAGLIG RELEVANS	1
1.2	PROBLEMSTILLING, BEGREPSAVKLARING OG AVGRENSNING	3
1.3	OPPGAVENS DISPOSISJON.....	3
2.0	TEORI	4
2.1	AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSE	4
2.2	ANGST	5
2.3	KOGNITIV ATFERDSTERAPI FOR BARN OG UNGE MED AUTISMESPEKTERFORSTYRRELSE	6
3.0	LITTERATURSTUDIE SOM METODE	8
3.1	STRATEGI OG LITTERATURHIEARKI	8
3.2	SØKEPROSESSEN	9
3.3	FORFORSTÅELSE.....	11
3.4	KILDEKRITIKK OG METODISKE REFLEKSJONER.....	12
3.5	DATAANALYSE	13
4.0	RESULTATER	14
4.1	FORELDREINVOLVERING OG BEHANDLINGSLENGDE.....	14
4.2	EFFEKTSTØRRELSER FRA FLERE INFORMANTPERSPEKTIVER OG INDIVIDUELL TERAPI.....	14
4.3	TILPASSET TERAPI OG FAKTORER SOM PÅVIRKER BEHANDLING	15
4.4	GRUPPEBEHANDLING	16
5.0	DRØFTING	18
5.1	SELVRAPPORTERING.....	18
5.2	FAMILIEINVOLVERING.....	19
5.3	TILPASSET OG STANDARD BEHANDLING	21
5.4	BEHANDLINGSLENGDE, GRUPPETERAPI OG INDIVIDUELL TERAPI	22
5.5	METODISKE SKJEVHETER	25
6.0	AVSLUTNING	26
	REFERANSELISTE	27

VEDLEGG 1 – SØKELOGG	33
VEDLEGG 2 - PRISMA FLYTSKJEMA	35
VEDLEGG 3 – CASP SJEKKLISTER.....	36

1.0 Innledning

Folkehelseinstituttet (FHI, 2019) hevder at redsel og frykt er normale reaksjoner som er nødvendig for å beskytte oss mot farer. Dersom man er svært redd for situasjoner som ikke er farlige, og dette går utover daglig fungering og livskvalitet, kalles det en angstlidelse (FHI, 2019). Ifølge den Statlige spesialpedagogiske tjenesten (Statped, 2020a) synes mennesker med autismespekterforstyrrelse (ASF) å ha økt sårbarhet for å utvikle psykiske lidelser.

I artikkelen «Autism spectrum disorder: Straight to the point of care» hevdes det at angstlidelser forekommer i ung alder, og oppleves av omtrent 50 % av barn med ASF (Parr & Woodbury-Smith, 2021, s. 79). Psykiske lidelser er forbundet med belastninger og tilpasningsvansker som påvirker hverdagen i stor grad (Martinsen et al., 2016, s. 193). Barn og unge med ASF kan oppleve vanlige situasjoner som mer stressende enn sine jevnaldrende, ofte går de med et forhøyet stressnivå. Over tid kan det virke inn på den psykiske helsen og føre til at barn med ASF utvikler angst (Statped, 2020b).

Det anbefales å etablere tverrfaglige enheter for blant annet barn og unge med ASF og psykiske tilleggsvansker. Enhetene bør ha ansvar for utredning, behandling, oppfølging og tilgang på vernepleiere (NOU 2020: 1, s. 153-154). Det finnes evidens på at kognitiv atferdsterapi (KAT) har effekt i behandling av angst hos skolebarn med ASF, uten utviklingshemming (Parr & Woodbury-Smith, 2021, s. 34).

1.1 Bakgrunn for valg av tema og vernepleiefaglig relevans

Inspirasjon til oppgaven baserer seg på tidligere erfaringer, hvor jeg har bistått i utredning- og behandlingssaker i habiliteringstjenesten. Jeg ble gjort oppmerksom på at KAT, kunne være en nyttig intervensjon for behandling av angst. NOU 2020: 1 (s. 156) påpeker at vernepleiere skal inneha konkrete ferdigheter i mange intervensjoner, og at kompetansen for oppfølging av personer med ASF er spesielt relevant.

I en norsk studie hvor 71 barn med ASF ble kartlagt, fant man at 72 % fylte kriterier for en psykisk lidelse, derav var 41 % angstlidelser (Gjevik et al., 2011, s. 762). utfordringer med å

oppdage psykiske lidelser hos personer med ASF, fører til at mange går med alvorlige plager uten å få rett hjelp (Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming [NAKU], 2020). Det kreves kompetanse både på ASF og psykiske lidelser for å kunne diagnostisere og behandle psykiske tilleggslidelser, derfor må alle tiltak tilpasses den enkelte (Oslo universitetssykehus, 2021).

Det er enighet i fagfeltet om nødvendigheten av en systematisk kartlegging av autismespektervansker og tilleggslidelser (Helverschou, 2020, s. 72). Tegn på psykiske lidelser kan misforstås og tilskrives autismediagnosen. Når tegnene knyttes til diagnosen, er det lett å overse at for eksempel uro, eller passivitet kan henge sammen med angst (NAKU, 2020). Dette omtales som diagnostisk overskygging (Bakken, 2015, s. 15). Personer med ASF opplever mye ubehag og stress gjennom livet. Det er viktig at omgivelsene tilrettelegger slik at det blir så lite ubehag som mulig (Martinsen et al., 2016, s. 24).

En kan ikke ta for gitt at de utredende fagmiljøene har all kunnskap om hvilke tiltak som finnes, og som personer med ASF har behov for (Martinsen et al., 2016, s. 15). Vernepleiere skal inneha kunnskap om symptomer og behandling av de vanligste psykiske sykdommene innen fagområdet, samt kunne sette inn nødvendige behandlingstiltak og ved behov innhente bistand hos annet helsepersonell (Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning, 2019, § 9-11). Det kan være effektivt å tilby KAT av helsepersonell som ikke er klinikere, i alternative arenaer som skolen. Dette kan muligens utvide tilgangen på behandlingsformen (Parr & Woodbury-Smith, 2021, s. 34).

Hensikten med oppgaven er å utforske i hvilken grad KAT kan bidra som behandlingsmetode. Dette er med hensyn til forekomsten og sårbarheten for å utvikle angst hos barn med ASF. Temaene anses som viktig å inneha kunnskap om, særlig som fremtidig vernepleier, da det kan tenkes at angst kan føre til funksjonssvikt og dårlig livskvalitet. Dette dannet til sammen bakgrunnen for oppgavens problemstilling.

1.2 Problemstilling, begrepsavklaring og avgrensning

Problemstillingen som belyses i oppgaven er:

I hvilken grad har kognitiv atferdsterapi vist effekt i behandling av angst hos barn og unge med autismspekterforstyrrelse, og hvilke faktorer kan påvirke effekten?

Kognitiv atferdsterapi retter søkelys mot problemløsning og innsikt i sammenhengen mellom følelser, handlinger og tenkning. Målet er å bryte onde sirkler som opprettholder psykiske helseproblemer (Norsk forening for kognitiv terapi, u.å.).

Angstlidelser er tilstander hvor en kan oppleve sterk frykt i forbindelse med situasjoner, objekter eller være preget av vedvarende bekymringer (Helsedirektoratet, 2017).

Autismspekterforstyrrelse er en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse som kjennetegnes ved stereotyp og repetitivt atferdsmønster, nedsatt kommunikativ og sosial fungering (Bakken, 2020).

Oppgaven vil ha en noe vid tilnærming til begrepene KAT, ASF og angst, hvor jeg ikke undersøker en type angst, eller alle de ulike elementene av KAT. Det har ikke vært dekning forskningsmessig å avgrense slik. Av den grunn har det vært naturlig å sette søkelys på tema og elementer som har vært fremtredende i forskningslitteraturen. Spesifikt fokuseres det på grad av effektstørrelser og hvilke faktorer som kan påvirke effekten, knyttet til deltakerne i forskningsartiklene, behandlingsformen og metodiske faktorer.

1.3 Oppgavens disposisjon

Oppgavens struktur vil følge en IMRAD-struktur, hvor jeg også inkluderer relevant teori i kapittel to. I kapittel tre blir valgt metode, forforståelse og fremgangsmåten for å innhente litteratur og forskning presentert. Kildekritikk og analyse av forskningsresultater blir også redegjort for. Videre i kapittel fire blir hovedfunn og forskningsartiklene fremlagt. I kapittel fem vil problemstillingen drøftes opp mot forskningsfunn og litteratur. Avslutningsvis vil kapittel seks oppsummere viktige funn og nevne faglige utfordringer videre.

2.0 Teori

I dette kapittelet vil teori av relevans for oppgavens problemstilling presenteres.

2.1 Autismespekterforstyrrelse

ICD-10 (2021) beskriver ASF som en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. Dette kjennetegnes ved kvalitative avvik i kommunikasjonsmønster og i sosialt samspill. Andre kjennetegn er et begrenset, stereotyp og repetitivt repertoar av interesser og aktiviteter. Avvikene regnes som trekk i personens fungering ved alle typer situasjoner (World Health Organization, 2021). Autismespekteret innbefatter flere ulike diagnoser som er beslektet med hverandre. Det er store individuelle forskjeller i autismespekteret, hvor alvorlighetsgrad av de ulike symptomene og vanskene varierer fra person til person (Autismeforeningen, u.å.a). Personer med ASF vil kunne ha nedsatt funksjon som påvirker sentrale utviklingsområder som kognitiv og sosial utvikling og utvikling av språk. Dette kan medføre utfordringer på flere livsområder og at en har behov for ulike tiltak (Martinsen et al., 2016, s. 14).

Barn og unge med ASF har ofte utfordringer med eksekutive funksjoner som innebærer evnen til problemløsning, gjennomføring av oppgaver og regulering av atferd (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 396-397). Det er viktig å prøve nye aktiviteter, men mange kan vegre seg for nye ting og situasjoner. Barn med ASF lærer ikke nødvendigvis under de samme betingelsene som folk flest. Motivasjonsfaktorer er viktig og ofte er det behov for flere repetisjoner for å lære noe nytt (Autismeforeningen, u.å.b.). Et generelt trekk er vansker med generalisering, som betyr å overføre læring fra en situasjon til en annen (Romhus & Skaret, 2011, s. 181). Bearbeidelse av informasjon kan skje på en detaljfokusert måte, hvor fokuset blir på enkeltdeler av informasjonen. Spesialinteresser kan oppta mye av oppmerksomheten deres og bidra til å redusere stress (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 395).

Grunnet den ofte nedsatte sosiale kompetansen, har de en tendens til å leke alene. De ønsker gjerne å leke med andre barn, men ofte kan det oppstå misforståelser og samhandlingen kan være upassende eller intens (Helsebiblioteket, 2019). En målsetting for

barn og unge med ASF er å ha et balansert forhold mellom sosial kontakt og alenetid, da de ofte trenger alenetid for å regulere sosialt stress (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 397).

Barna og deres familier er en sårbar gruppe (Glavin & Erdal, 2018, s. 157). ASF angår hele familien (NOU 2020: 1, s. 13). Grunnet utfordringene med å lære, er det viktig med opplæring av foreldrene i utviklingsprosessen til barn med ASF (Helsebiblioteket, 2019). Samarbeid med nærpåsoner er sentralt for å få kjennskap til personens væremåte, følelsesuttrykk og kommunikasjonsstil (Bakken, 2015, s. 132). Påførende er ofte den viktigste støtten, samtidig som de kan bidra med erfaringer rundt ønsker og behov (NOU 2020: 1, s. 110).

2.2 Angst

Angst beskrives som en følelsesmessig spenningstilstand hvor en opplever at noe er farlig eller truende. Angst innebærer opplevelser av ubehagelige følelser, spenninger og fysiologiske reaksjoner. Personer med angst kan ha opplevd sterke følelsesmessige belastninger før de følelsesmessige utfordringene utvikler seg (Håkonsen, 2014, s. 297-298).

Angst kan uttrykke seg i handlinger og kroppsreaksjoner som raskere hjerteslag, skjelving, svetting, utvidede pupiller, uro og blekhet. Angstreaksjoner kan preges av flukt, unngåelse eller at kroppsbevegelser «låses» fast. Opplevelsen kan beskrive følelser av og tanker om farer eller katastrofer (Berge, 2015, s. 85-86). Barn kan ha vansker med å beskrive tanker og følelser. Angst kan vise seg annerledes med ASF, hvor det uttrykkes gjennom atferd som aggresjon, selvskading og raserianfall (Moskowitz et al., 2017, s. 80).

Frykt og engstelse er en normal del av barns utvikling, hvor en kan lære å kontrollere fryktede situasjoner. Ofte går det over av seg selv, men kan bli behandlingstrengende angst. Angstlidelser kan få langsiktige konsekvenser for barnet sin utvikling, som økt risiko for andre lidelser, skolevansker og relasjonsutfordringer (Martinsen & Neumer, 2021, s. 99). Barn og unge med ASF kan være sensitive overfor lys, lukter og lyder. Dette kan føre til unngåelsesatferd og opprettholde angstsymptomer (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 395). Andre symptomer kan også være konsentrasjonsvansker, rastløshet, irritabilitet og smerter.

Behandling av angst kan gi store samfunnsøkonomiske kostnader, det vil derfor være viktig å oppdage og behandle angstlidelser tidlig (Martinsen & Neumer, 2021, s. 99-107).

2.3 Kognitiv atferdsterapi for barn og unge med autismspekterforstyrrelse

KAT vektlegger gjensidig påvirkning av tenkning, handlinger og følelser. Behandlingen tar sikte på identifisering og endring av uheldige tanke- og handlingsmønstre som forsterker eller opprettholder psykiske plager. KAT kan gjennomføres individuelt eller i gruppe (Dønnum & Slette, 2020, s. 291-292).

Ryan et al. (2017, s. 106-107) påpeker at det kan være en utfordring å skille mellom ASF og angstsymptomer. Ofte kreves det modifikasjoner og tilpasninger av intervensjonen, for å møte de spesifikke utfordringene hos barn med ASF og angst. Ifølge Ryan et al. (2017, s. 106) fokuserer KAT også på komponenter som kognitiv begrensning, dysfunksjonell atferd (unngåelse), identifisering av fysiologiske symptomer, og strategier ved kognitive funksjonsnedsettelse som informasjonsprosessering.

Terapeuten starter vanligvis med psykoedukasjon, som innebærer å informere barnet og beskrive hva som opprettholder angst. Barnet kan da få en forståelse av de miljømessige triggerne og fysiologiske responsene som opprettholder vanskene. Ofte er det nyttig at familien er med i dette trinnet, hvor barnet kan lære å ikke betrakte angst som farlig (Ryan et al., 2017, s. 107). Øvelser med viktige ferdigheter for å etablere sammenhenger mellom følelser, tanker og handlinger vil være fordelaktig for behandlingsprogresjon, særlig for barn med kognitive funksjonsnedsettelse. Tilpasninger kan omfatte bruk av bildekort og konkret språk (Ryan et al., 2017, s. 107). Barn med ASF kan ha språkvansker og har ofte behov for mer tid til å bearbeide informasjon i terapeutiske settinger. Fast struktur, rutiner, visualiseringsteknikker og konkrete øvelser kan være en effektiv tilnærming (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 395-399).

KAT omfatter også kognitiv restrukturering og eksponering. Først identifiserer barnet tanker som bidrar til engstelige følelser for deretter å kategorisere mønstre mer realistisk. Da kan man rette på dysfunksjonelle antakelser. Terapeuten og barnet bør fungere som et team,

hvor barnet oppmuntres til å komme med alternativer og se på angst som et problem som kan løses. Eksempler bør konkretiseres ved å eksempelvis lete etter et tapt leketøy (Ryan et al., 2017, s. 108). Atferdsmessig unngåelse er vanlig når man har angst. Eksponering innebærer å gradvis håndtere frykten uten mulighet for å verken unngå eller unnsnippe (Ryan et al., 2017, s. 109).

Den gode terapeutiske alliansen bør basere seg på aktiv involvering og samarbeid for at barnet skal lære seg nye ferdigheter (Martinsen & Neumer, 2021, s. 110). Flere ulike tilpasninger kan inkludere sosiale ferdigheter, følelsesgjenkjenningsmoduler, hyppigere økter over lengre tid, bruke god tid, visuelle hjelpemidler og generalisering av ferdigheter (Ryan et al., 2017, s. 110). Omsorgspersoner bør få støtte og opplæring av behandlingen, for å følge dette opp utenom terapitimene (Martinsen & Neumer, 2021, s. 122). KAT kan fungere dersom den involverer omsorgspersoner og tilpasses utfordringene med kommunikasjon og sosial fungering (NOU 2020: 1, s. 31).

Det er vanlig å selv rapportere symptomer detaljert når det gjelder å forklare, legge merke til og observere endringer. Personer med kognitiv funksjonsnedsettelse kan ha utfordringer på disse områdene, og kan være avhengig av at andre bistår dem med dette (Ellingsen & Berge, 2014 s. 202-203). Skriftlige rapporteringsskjema av symptomer og intervju kan benyttes. Siden barn med ASF kan ha redusert innsikt i egne symptomer, må terapeuten ha kjennskap til ASF for både å forklare og tolke svarene. Skriftlige formater kan misforstås av personer med ASF, med hensyn til kjernevanskene (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 395-398).

3.0 Litteraturstudie som metode

For å besvare oppgavens problemstilling har jeg valgt metoden litteraturstudie.

Litteraturstudie benyttes for å besvare et bestemt spørsmål ved å søke etter og finne relevant, eksisterende litteratur på en systematisk måte, for deretter å kritisk analysere og vurdere litteraturen (Aveyard, 2019 s. 2). Litteraturstudie anses som hensiktsmessig for å besvare problemstillingen, da det gir en god oversikt å analysere eksisterende forskning. Aveyard (2019, s. 2) belyser at ved å foreta grundige søk og analyse av litteraturen, kan det bidra til ny innsikt eller belyse hull i dagens kunnskapsgrunnlag.

3.1 Strategi og litteraturhierarki

For å operasjonalisere problemstillingen har jeg benyttet meg av verktøyet PICO. Verktøyet klargjør blant annet spørsmålet for litteratursøk, gir struktur, utvelgelse og kritisk vurdering av forskningen. PICO er elementer som er med i en problemstilling der bokstavene står for population/problem, intervention, comparison og outcome (Helsebiblioteket, 2016c). Problemstillingen tar ikke utgangspunkt i å sammenligne flere behandlingstiltak, C-en i PICO ble derfor ikke benyttet.

Operasjonaliseringen førte til at jeg kunne definere hvilket kjernespørsmål problemstillingen hørte inn under. Problemstillingen ble forankret i kjernespørsmålet som etterspør kunnskap om effekt av tiltak. Dette bidrar til å finne ut hvilke forskningsdesign som gir pålitelige svar, og hvor en kan finne forskningen (Helsebiblioteket, 2016b). Da kjernespørsmålet førte til effekt av tiltak, vil foretrukket forskningsdesign være randomiserte kontrollerte studier (RCT) (Helsebiblioteket, 2016a).

Det anbefales å utvikle sitt eget litteraturhierarki ut fra problemstillingen (Aveyard, 2019, s. 68). Det er veiledende for funn av riktige kilder (Nordtvedt et al., 2021, s. 42).

Litteraturhierarkiet for denne studien fremgår slik: systematiske oversikter over RCT- studier, RCT- studier, deretter kohortstudier og kasus kontrollstudier, fulgt av spørreundersøkelser, og kvalitative studier. Dette evidenshierarkiet er anbefalt av Aveyard (2019, s. 66) for å vurdere effekt av tiltak, intervensjon eller behandling.

3.2 Søkeprosessen

Jeg har benyttet meg av litteraturhierarkiet og kunnskapspyramiden som hjelpemiddel i det systematiske litteratursøket. Kunnskapspyramiden er en modell til hjelp for hva en skal søke etter og hvor en finner det. Det anbefales å starte høyt opp i pyramiden, hvor kilder til oppsummert forskning er rangert øverst, og kilder til enkeltstudier ligger nederst (Helsebiblioteket, 2016d).

I starten brukte jeg tekstord og søkte ustrukturert i databasene Oria og Google scholar, for å få en oversikt over forskningslitteraturen på feltet. Jeg undersøkte emneordslister i ulike databaser, stavelsesformer og synonymer da tekstord førte til mange treff. Det ble lagt vekt på å utvikle gode søkeord for både å begrense og få relevante treff. For å avgrense ytterligere benyttet jeg meg av emneord tilknyttet tema ved hjelp av Medical subject headings (MeSH-termer), oversettelsesprogrammer og nøkkelord i relevante artikler. Problemstillingen ble 3-delt ved hjelp av PICO verktøyet og MeSH-termer, hvor de norske ordene ble supplert med engelske emneord. Deretter kunne jeg starte med strukturerte søk.

Søkene ble gjennomført ved å kombinere søkeordene ved bruk av de boolske operatorene «OR», som utvider søket og «AND» for å begrense søket. Noen av ordene ble også trunkert med symbolet «*» for å få med alle variantene og endelsene av det enkelte ordet (Aveyard, 2019, s. 84-85). Følgende søkeord som primært ble brukt var "autism spectrum disorder", "ASD", "CBT", "cognitive behaviour therapy", "anxiety" og synonymer av disse. Utfyllende søkelogg ligger i vedlegg 1.

Det ble utarbeidet inklusjons- og eksklusjonskriterier til treffene i søkene. Dette bidrar til å identifisere og avgrense hva en skal søke etter, og styres av ordlyden i problemstillingen. Kriteriene gjør en i stand til å holde søkelys på temaet, slik at en ikke blir sidesporet (Aveyard, 2019, s. 75).

Inklusjonskriterier:

- Artiklene skal være fagfellevurderte og publisert innen de siste 5 år
- Barn og unge med autismspekterforstyrrelse (5-18 år)

- Angstlidelse
- Kognitiv atferdsterapi
- Norske eller engelskspråklige artikler

Eksklusjonskriterier:

- Artikler eldre enn 5 år
- Voksne
- Andre terapiformer og lidelser
- Ikke fagfelleverderte artikler
- Personer med utviklingshemming

De valgte databasene henger nøye sammen med problemstillingen og foretrukket studiedesign. Søkene startet øverst i kunnskapspyramiden, i relevante kliniske oppslagsverk som UpToDate og BMJ Best Practice. Jeg fant ikke aktuell litteratur og måtte søke på nedre nivåer i pyramiden. Nordtvedt et al. (2021, s. 65) beskriver at oppslagsverk skal være enkle å søke og slå opp i, men at de ikke dekker alt. Videre ble det foretatt søk i databasene Epistemonikos, som inneholder systematiske oversikter av behandling, diagnose og prognose, og Cochrane library som innehar forskningsbasert informasjon om effekt av ulike tiltak og behandling (HVL, u.å.). Systematiske oversikter er anerkjent fordi forskerne kritisk vurderer enkeltstudier og oppsummerer det tidligere forskning har vist (Nordtvedt et al., 2021, s. 53).

Med utgangspunkt i inklusjons- og eksklusjonskriteriene, ble artiklenes titler først vurdert opp mot relevansen til problemstillingen. Dersom titlene oppfylte kriteriene, leste jeg sammendragene, og dersom sammendragene ga inntrykk for eller oppfylte kriteriene, leste jeg fullteksten av studiene. Denne fremgangsmåten anbefales av Aveyard (2019, s. 92). Kriteriene og problemstillingen fungerte som et «filter», likevel ble en del artikler forkastet. Noen av artiklene ble avgrenset avhengig av søkefasilitetene i databasenes filtre, og gjennom manuell lesning. For å få tilgang til noen fulltekster, måtte jeg søke opp artiklene i databasen ORIA. Til slutt resulterte søkene i fire relevante forskningsartikler.

To relevante systematiske oversikter ble funnet i Epistemonikos. Nordtvedt et al. (2021, s. 49) beskriver at systematiske oversikter gir et samlet overblikk, men kun frem til siste årstall av de inkluderte studiene i litteratursøket. Aveyard (2019, s. 113) hevder at en systematisk oversikt sannsynligvis er utdatert innen tre til fem år. Av den grunn avgrenset jeg søkene til de siste 5 årene.

Da jeg kun fant to systematiske oversikter, måtte jeg ytterligere ned i kunnskapspyramiden og litteraturhierarkiet. Det ble derfor foretatt søk etter RCT-studier i databasen PsycINFO, som innehar forskning om psykiatri og mental helse (Nordtvedt et al., 2021, s. 62). Dette resulterte i to RCT- studier. For å forsikre meg om at jeg ikke valgte enkeltstudier som var inkludert i de valgte systematiske oversiktene, avgrenset jeg søket til det siste året, da de systematiske oversiktene inneholdt studier frem til det.

Annen litteratur som er benyttet i oppgaven er pensumlitteratur fra studieløpet, relevant faglitteratur, forskningsartikler, oppslagsverk, nasjonale helseorganisasjoner og politiske føringer.

3.3 Forforståelse

Ifølge Dalland (2020, s. 60) er det viktig å være bevisst over at man allerede har en mening om et fenomen før en undersøker det. Røkenes og Hanssen (2012, s. 153) hevder at forforståelsen kan sees på som et sett med briller vi alltid har på oss, og som farger alt vi ser.

Min forforståelse har sitt utspring gjennom arbeid i helse- og omsorgstjenesten. Etter hvert som jeg tilegnet meg mer kunnskap, forstod jeg mer av kompleksiteten av å ha angst og ASF. Særlig hos barn kan enkelt type atferd som er fremtredende, identifiseres som problematferd. Av erfaring har jeg fått innblikk i ukritisk bruk av mindre evidensbaserte metoder, som eksempelvis irettesettelse av atferden. Noen ganger opplever jeg at fokuset er direkte på problematferden, slik at en ikke får med seg hva atferden kan være til uttrykk for. Etter min oppfatning må helsepersonell være oppmerksom i å kunne forstå det mange ikke klarer å formidle. Dette er noe som opptar meg og kan farge forforståelsen. Slike formeninger kan bidra til at jeg leser forskningsartikler ut fra et litt negativt perspektiv, slik

at jeg må være observant på å ha et nøytralt og objektivt syn. En styrke med forforståelsen er etter min mening, at erfaringen kan hjelpe å knytte teorien og forskningen tettere sammen.

3.4 Kildekritikk og metodiske refleksjoner

Hensikten med å kritisk vurdere studier er å identifisere både svakheter, styrker, relevansen og kvaliteten (Aveyard, 2019, s. 102). Som kritisk vurderingsverktøy brukte jeg Critical Appraisal Skills Programme (CASP). Aveyard (2019, s. 107-108) fremhever dette verktøyet da det finnes ulike sjekklister som er egnet for ulike studiedesign. I mitt tilfelle resulterte det i to ulike sjekklister, som ligger vedlagt oppgaven.

Pålitelighet er et krav for kvalitet i forskning og omhandler hvorvidt arbeidet en presenterer, er til å stole på. Leseren skal ha mulighet til å vurdere påliteligheten til litteraturstudiet, en bør derfor redegjøre for feilkilder som kan ha påvirket resultatene (Dalland, 2020, s. 58). For å sikre at oppgavens tematikk er tidsaktuell og for å styrke gyldigheten, er det blitt utført søk etter oppdatert forskning. Videre har jeg anvendt databasen ORIA for å sjekke at artiklene er fagfellevurderte. For å kvalitetssikre artiklene har jeg også brukt Norsk senter for forskningsdata (NSD) sitt register over vitenskapelig publiseringskanaler, hvor jeg undersøkte om artiklene var publisert i enten nivå en eller to (Helsebiblioteket, 2012).

Det er lite publisert forskning som er skrevet på norsk. Søker man på norsk vil man i stor grad begrense mulighetene for å finne svar (Nordtvedt et al., 2021, s. 40). Det er ikke gjennomført RCT- studier av KAT for barn og unge med ASF i Norge (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 407). Av den grunn har de valgte studiene funnet sted i andre land. Dette kan påvirke overføringsverdien, med tanke på at det er gjennomført i en annen kontekst enn den norske. De valgte artiklene er engelskspråklige og er blitt gjennomlest flere ganger. Likevel er det en risiko for at jeg kan ha feiltolket i oversettelsen til norsk språk.

Man bør være oppmerksom på styrker, svakheter og begrensninger i valgt søkestrategi (Aveyard, 2019, s. 96). Valgene av de ulike databasene og søkeord kan ha utelatt relevante studier. Jeg har samvittighetsfullt forsøkt å være objektiv, hvor kriterier for valgt litteratur

har vært nøye beskrevet og kritisk vurdert. En styrke er at to av forskningsartiklene er funnet høyt oppe i kunnskapspyramiden. Jeg har imidlertid også inkludert to enkeltstudier som er av relevans til problemstillingen. På tross av svakhetene anser jeg at litteratursøket har vært gjennomført etter beste evne, med tanke på rammebetingelsene til oppgaven.

3.5 Dataanalyse

Jeg tok utgangspunkt i Aveyard (2019, s. 141) sin beskrivelse av tematisk analyse. Hensikten er å identifisere gjennomgående temaer i et datamateriale, for å besvare problemstillingen og oppsummere hovedpoengene (Aveyard, 2019, s. 141). Det er anbefalt å stille spørsmål til teksten om hva og hvordan (Thagaard, 2018, s. 153). For å knytte spørsmålene opp mot problemstillingen, stilte jeg følgende spørsmål: I hvilken grad har KAT vist effekt og hvilke faktorer viser seg å påvirke effekten?

For å identifisere relevante tema, gullet jeg ut viktige hovedfunn i hver artikkel, de ble videre markert i ulike farger for å plasseres i kategorier. Da kunne jeg raskt se likheter og forskjeller mellom forskningsresultatene. Noen av funnene overlappet hverandre og tilførte ulike perspektiver. Målet er ifølge Aveyard (2019, s. 138) å identifisere ny mening og se på forskningen som en helhet.

Jeg opplevde imidlertid at analysen bød på utfordringer med tanke på å velge ut det viktigste. Systematisering var forutsetningen for å skape en god forståelse. Til slutt ble hovedtemaene plassert i kategorier, hvor de belyser problemstillingen fra ulike innfallsvinkler. Forskningsartiklene med tilhørende hovedfunn, relevans og kort om styrker og svakheter blir presentert i neste kapittel.

4.0 Resultater

I dette kapitlet blir resultatene fra analysen presentert. Overskriftene er utformet utfra hovedfunn i forskningsartiklene.

4.1 Foreldreinvolvering og behandlingens lengde

Forskningsartikkelen «Effects of Cognitive Behavioral Therapy for Reducing Anxiety in Children with High Functioning ASD: A Systematic Review and Meta-Analysis» skrevet av Perihan et al. (2019), undersøkte i hvilken grad KAT kan redusere angstrelaterte utfall hos barn med høyt fungerende ASF. Studien utforsket også om foreldreinvolvering og behandlingens lengde påvirket effektene av KAT. Oversikten inkluderte 23 RCT-studier av gruppedesign forskning med 477 deltakere, som varierte i alder fra 5-18 år. Det ble brukt ulike standard måleverktøy.

Hovedfunnene viser en moderat effektstørrelse for reduksjon av angstsymptomer. Moderatoranalysen resulterte i en større effektstørrelse innen de studiene som inkluderte foreldreinvolvering. Behandling med kun barna påviste liten effektstørrelse. KAT ble gjennomført med og uten tilpasninger, men det påpekes i studien at ytterligere individualisering er nødvendig for å få fullt utbytte av behandlingen. Sammenheng mellom foreldres stress og angst ble også omtalt. Kortsiktige intervensjoner (kortere enn 12 uker) hadde betydelige mindre effektstørrelser enn standard (12-15 uker), eller langsiktige (16 uker eller lenger) intervensjoner.

Oversikten er relevant da den belyser effektstørrelser og ulike variabler som kan påvirke KAT. En styrke med studien er at to-tre-tre forskere kodet studiene, samt at den har klare inklusjons- og eksklusjonskriterier som samsvarer med formålet. Imidlertid er det en svakhet at 7 av studiene manglet kontrollgrupper.

4.2 Effektstørrelser fra flere informantperspektiver og individuell terapi

Den systematiske oversikten «Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis» forfattet av

Sharma et al. (2021), undersøkte effekten av KAT for å redusere angst hos barn og unge med ASF, og vurderte behandlingseffektiviteten fra flere informantperspektiver. Artikkelen inkluderte 19 RCT- studier som sammenlignet intervensjonsgrupper med kontrollgrupper, med 833 deltakere. KAT ble gjennomført i grupper, individuelt eller kombinert. Flertallet av studiene brukte en tilpasset versjon av KAT og hadde opp til 16 økter.

Av resultatene fremkommer det en stor effektstørrelse for reduksjon av angst rapportert av klinikere, mens det imidlertid er lavere, men signifikante moderate effektstørrelser rapportert av foreldre, og liten til moderat effekt rapportert fra barn. Effektstørrelsene fremviste vesentlige forskjeller, avhengig av hvem som vurderte symptomene. Fordelene av behandlingseffekter ble imidlertid ikke opprettholdt, basert fra oppfølgingsanalyser. Basert på klinikervurderinger ble det identifisert en signifikant større effekt for individuell terapi kontra gruppeterapi. Ulike måleverktøy ble benyttet for å måle symptomer på angst, men alle var ikke egnet til bruk for barn med ASF.

Forskningsartikkelen er relevant for problemstillingen, da den vurderer behandlingseffekten fra perspektivet til flere informanter. Svakheter med artikkelen er at det var bekymringer om rapporteringsskjevhet i studiene. Styrker med oversikten er at hver studie ble vurdert med risiko for skjevhet ved bruk av Cochrane risk of bias verktøy.

4.3 Tilpasset terapi og faktorer som påvirker behandling

Formålet til studien «Moderators of Response to Personalized and Standard Care Cognitive-Behavioral Therapy for Youth with Autism Spectrum Disorder and Comorbid Anxiety» skrevet av Storch et al. (2021), var å evaluere prediktorer og moderatorer for respons på både standard og tilpasset KAT. 167 barn og unge med ASF i alderen 7-13 år ble randomisert til de to overnevnte behandlingsformene. Alder, alvorlighetsgrad av ASF og emosjonelle atferdssymptomer ble undersøkt. Alvorlige internaliserte utfordringer som angst, repeterende atferd, begrensede interesser og emosjonelle atferdsproblemer forutsa dårligere behandlingsresultater, særlig i standard kontra tilpasset KAT. Deltakerne gjennomgikk 16 ukentlige økter på henholdsvis 60 og 90 minutter.

Hovedfunnene belyste at standard og tilpasset KAT var effektiv for å redusere angst hos målgruppen, imidlertid viste en mer tidkrevende, foreldreinvolvert og tilpasset versjon av KAT moderate effekter. Barn og unge med større emosjonelle atferdsproblemer avsluttet standard behandling med klinisk signifikante symptomer på angst. Imidlertid viste en tilpasset versjon effekt hos barn som hadde komplekse utfordringer. Barn og unge med færre emosjonelle atferdssymptomer avsluttet tilpasset behandling uten klinisk signifikant angst. Begrensende interesser ble betraktet som styrker for å øke engasjementet i tilpasset KAT.

Studien er relevant for oppgaven da den undersøker ulike aspekter ved behandlingsformen og barna. Det anses som en styrke at vurderinger ble utført av klinikere blindet for behandlingstilstand. En svakhet ved studien er at det var forskjeller i varighet på øktene av behandling, hvor en ikke identifiserte om effektene tilskrives ASF tilpasninger eller om det skyldtes flere økter og lengre varighet.

4.4 Gruppebehandling

RCT- studien «Group based cognitive behavioural therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder: A randomised controlled trial in a general child psychiatric hospital setting» skrevet av Kilburn et al. (2020), undersøkte 49 barn i alderen 8-14 år. Hovedmålet var å undersøke effekten av det tilpassede KAT-programmet «Cool kids anxiety program: Autism Spectrum Disorder Adaption». Behandlingen ble gjennomført på en barnepsykiatrisk poliklinikk. Det ble benyttet spørreskjema og intervju for barn og foreldre, hvor de rapporterte angstsymptomer.

Hovedfunnene viser at 30 % av barna var fri for sine primære angstdiagnoser ved endt behandling og at 5 % var fri for alle angstdiagnoser. Dette beskrives som en statistisk signifikant stor effektstørrelse. Resultatene fra det selvrapporterte spørreskjemaet fra både foreldrene og barn vedrørende reduksjon av angstsymptomer, påviste en signifikant effekt. Dette indikerer en statistisk signifikant større reduksjon av angst i behandlingsgruppen sammenlignet med venteliste-kontrollgruppen. Noen av deltakerne kunne ikke delta i gruppebehandling.

I behandlingsgruppen ble tilbakemeldingene fra foreldrene påvist med positiv effekt av moderat størrelse fra før til etterbehandling. Barna rapporterte imidlertid lavere effektstørrelser enn foreldrene. Studien målte også behandlingstilfredsheten av programmet. 68 % av barna og 70 % av foreldrene rapporterte at behandlingen hadde bidratt til å redusere angst. I tillegg ønsket 57 % av barna og 100 % av foreldrene å anbefale behandlingen videre til andre med samme utfordringer.

Studien er relevant da den viser effekt av KAT i en poliklinisk setting. Studien beskriver klare inklusjonskriterier og terapeutene var blindet. Det anses videre som en styrke at randomiseringen ble tilfeldig fordelt, til enten behandling eller venteliste. Svakheter i studien er liten utvalgsgruppe og måleverktøy som ikke var tilpasset for ASF vansker.

5.0 Drøfting

I dette kapittelet skal problemstillingen «I hvilken grad har KAT vist effekt i behandling av angst hos barn og unge med ASF, og hvilke faktorer kan påvirke effekten?» drøftes i lys av resultatene og faglitteraturen som er brukt i oppgaven. Drøftedelen er strukturert i ulike temaer, hvor alle tar utgangspunkt i artiklene.

5.1 Selvrapporing

To av studiene adresserer moderat og stor effektstørrelse rapportert av foreldre og klinikere. Det ble imidlertid rapportert lavere effekt av barna (Kilburn et al., 2020; Sharma et al., 2021). Dette kan sees i sammenheng med flere mulige årsaker. Ellingsen og Berge (2014 s. 202-203) påpeker at det vanligste er å selv rapportere symptomer. Da må man kunne observere endringer, reflektere, forklare, beskrive og skille mellom normalt og avvikende (Ellingsen & Berge, 2014 s. 202-203). Selvobservasjon og selvrapporing er sentrale faktorer i overnevnte beskrivelser. Dette indikerer at det er flere forutsetninger som må være tilstede. Det kan da stilles spørsmål til om hvorvidt ulike former for selvrapporing av effekt, er egnet for barn og unge med ASF?

Barn og unge med ASF kan ha redusert innsikt i sine egne symptomer (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 398). Noen kan derfor være helt avhengig av at andre bistår ved å observere, undersøke og støtte for å avdekke eller behandle problemet. Man kan risikere å gå glipp av viktige tegn om en ikke fanger opp symptomene (Ellingsen & Berge, 2014 s. 203). Bjåstad og Weidle (2021, s. 396-397) påpeker at dersom intervjuform benyttes, forutsetter det at klinikerens har kjennskap til ASF for å forklare eventuelle spørsmål og tolke svarene korrekt.

Et moment som bør vektlegges er at skriftlige rapporteringsskjema kan misforstås av personer med ASF. Av den grunn kan barn og unge med ASF ha behov for mer tid til å svare på spørsmål i forhold til bokstavelig tolkning, og bearbeidelse av informasjonen (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 396-397). Det anses videre viktig å ta hensyn til at flere med ASF har utfordringer med ferdigheter som evnen til å reflektere over egne tanker, oppfatninger, følelser og opplevelser (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 395).

Det kan tenkes at KAT kan være en positiv behandling når det gjelder å trene på de overnevnte ferdighetene, da Dønnum og Slette (2020, s. 291) beskriver at KAT nettopp vektlegger gjensidig påvirkning av tenkning, handlinger og følelser. Ryan et al. (2017, s. 106) hevder at KAT også skal bidra til å identifisere symptomer. Dette antas å være faktorer som kan påvirke effektstørrelsene. Det er nærliggende å tro at KAT kan ha effekt både på kjernevanskene ved ASF og reduksjon av angstsymptomer. Ved bruk av intervju er det rimelig å anta at det kan bidra til verdifull informasjon, ved å observere barnet direkte og tilrettelegge for godt samspill. Dette antas å være en faktor som fører til en mer presis evaluering av angstsymptomer hos barn med ASF.

Et motstridende funn fra studien til Kilburn et al. (2020) var at barna ifølge selvrapporteringskjemaet, rapporterte lav effektstørrelse av KAT vedrørende angstreduksjon. Når det derimot ble foretatt en evaluering om tilfredsheten av selve behandlingen, rapporterte 68 % av barna at KAT hadde redusert angsten. Sett i lys av Bjåstad og Weidle (2021, s. 398) sin beskrivelse av at barn med ASF kan ha redusert innsikt i egne symptomer, er det rimelig å anta at effektstørrelser rapportert av barna, må tolkes med varsomhet og kombineres med vurderingsmetoder som er egnet for barn med ASF. Sharma et al. (2021) påpeker nettopp viktigheten av å bruke måleverktøy for selvrapportering, som spesielt er tilpasset for barn med ASF. Dette underbygges av Ryan et al. (2017, s. 107) hvor tilpasninger av KAT er viktig, for å møte de spesifikke utfordringene hos barn med ASF og angst. Slike tiltak kan antas å gi et mer pålitelig symptomprofil fra barna.

5.2 Familieinvolvering

Studien til Kilburn et al. (2020) belyser at redusert angst hos barn med ASF, kan bidra til å sikre bedre psykososial utvikling for barna, og livskvalitet for familien generelt. Ifølge Bjåstad og Weidle (2021, s. 399) vil behandlingen gi bedre effekt, dersom foreldre eller omsorgspersoner er involvert i prosessen. Dette gjenspeiles i hovedfunnene fra studiene til Perihan et al. (2019) og Storch et al. (2021), hvor familieinvolvering hadde større effekter enn uten. Dette er relevant for problemstillingen da det belyser en viktig faktor som kan påvirke effekten av KAT i behandling av angst. Det kan tenkes at familie eller

omsorgspersoner kan være verdifulle informasjonskilder og fungere som en støttefunksjon i prosessen.

Bakken (2015, s. 132) belyser at samarbeidet med nærpersoner kan bidra til å få innblikk i personens væremåte og kommunikasjonsstil. Likevel finnes det momenter som kan tale for det motsatte. Studien til Perihan et al. (2019) beskriver at det også kan være sterk sammenheng mellom foreldrenes stress og angst hos barn. Under noen omstendigheter kan det se ut til at pårørende ubevisst bidrar til utvikling, og opprettholdelse av angst hos barnet.

Sett fra et foreldreperspektiv kan det tenkes at foreldrene ubevisst opprettholder barnets angst. Et eksempel på dette kan være et barn som er mørkredd, hvor foreldrene beholder lyset på om natten som en beskyttelsesstrategi, med omtanke for barnet. Dette signaliserer at å sove i mørket er farlig. På den måten unngår barnet det en er engstelig for.

Unngåelsesatferd er en naturlig reaksjon hos personer med angst, men også en del av angstens drivkraft, jamfør Berge (2015, s. 85-86). Dette tyder på en faktor som kan motvirke effekten, og står i kontrast til et av trinnene i KAT, hvor Ryan et al. (2017, s. 107) beskriver at psykoedukasjon nettopp skal bidra til å lære barnet at angst ikke er farlig. Dette viser til viktigheten av Martinsen og Neumer (2021, s. 122) sin beskrivelse av at omsorgspersoner bør få støtte, og opplæring av behandlingen. Likeledes tyder effektstørrelsene på at familieinvolvering er et positivt element i behandlingsprosessen.

NOU 2020: 1 (s. 110) belyser at familien som regel er den viktigste støtten, og kan bidra med erfaringer og kjennskap rundt barnets behov. Dette anses som en viktig faktor, da Moskowitz et al. (2017, s. 80) påpeker at angst kan vise seg annerledes hos barn med ASF. Familien vil trolig kunne gjenkjenne betydningen av ulike atferdsuttrykk hos barnet. En behandler som ikke er kjent med barnet kan muligens tolke dette som kjernevanskene ved ASF, i motsetning til familie som trolig enklere, kan skille mellom angstsymptomer og kjernevanskene. Det kan dermed antas at familien kan bidra til å forebygge diagnostisk overskygging.

Det er rimelig å anta at aktiv foreldreinvolvering kan gi gode fordeler, ved at behandlingen generaliseres til ulike kontekster og arenaer i barnets liv. Dette er med tanke på at Romhus

og Skaret (2011, s. 181) påpeker at generalisering av ferdigheter, ofte kan være en utfordring. På den måten kan omsorgspersoner og barnet trene sammen på teknikkene i behandlingen, som videre antas å ha en positiv innvirkning på effekten av KAT.

5.3 Tilpasset og standard behandling

Av relevans til problemstillingen påpeker Ryan et al (2017, s. 106-107) at barn med ASF og angst ofte vil kreve tilpasninger av KAT. I likhet med resultatene fra analysen viser det seg at tilpasset KAT kontra standard KAT har en moderat til høy effektstørrelse (Perihan et al., 2019; Storch et al., 2021; Kilburn et al., 2020).

Studien fra Storch et al. (2021) utpeker seg ved at de også undersøkte alvorligere internaliserte utfordringer som angst, økt repeterende atferd og begrensede interesser. Barn og unge i standard behandling avsluttet med klinisk signifikante symptomer på angst, mens barn med færre emosjonelle atferds symptomer avsluttet tilpasset behandling av KAT uten klinisk signifikant angst. Standard versjonen inneholdt øvelser av å identifisere følelser, eksponering, øvelser i hjemmet og selvforsterkning.

Den tilpassede versjonen var modernisert ved å inkludere eksponering som inkorporerte sosiale ferdigheter og et personlig tilpasset belønningssystem. Belønningssystemet inneholdt forsterkning for nettopp å forsøke å unngå unngåelsesatferd under eksponering. Videre var det moduler som adresserte kjernevanskene til barn med ASF, og eksternaliserende atferdsproblemer som aggresjon og utagering. I tillegg inkluderte de flere sosiale ferdighetsmoduler relatert til å få venner og perspektivtaking (Storch et al., 2021). Det påpekes nettopp av NOU 2020: 1 (s. 31) at KAT kan fungere, dersom behandlingen tilpasses utfordringene med kommunikasjon og sosial fungering.

Viktigheten av tilpasning samsvarer med beskrivelsene til Moskowitz et al. (2017, s. 80), hvor angst hos barn med ASF, kan uttrykke seg gjennom atferd som aggresjon og unngåelse. Dette tyder på at en tilpasset versjon av KAT behandler og tar hensyn til både kjernevanskene ved ASF og alvorligere symptomtrykk. Imidlertid kan funn tyde på ytterligere behandlingsforbedring, av å tilpasse behandlingen for barn og unge med mer komplekse

utfordringer. Ut fra teori og forskning kan det se ut til at terapeuten både må være fleksibel og kreativ. Autismeforeningen (u.å.b) påpeker at barn med ASF nødvendigvis ikke lærer under de samme betingelsene som andre og kan vegre seg for nye situasjoner. Ved å tilpasse behandlingen ser vi at det trekkes inn flere elementer som egner seg for barn med ASF. Ifølge Bjåstad og Weidle (2021, s. 398) er det mer effektivt å ta hensyn til barnets preferanser og personlighet, enn å forsøke å se bort ifra eller forandre disse.

Perihan et al. (2019) belyser viktigheten av å individualisere behandlingen, for å få fullt utbytte av den. Ved å ta det i betraktning, er det rimelig å tenke at dette er nødvendig, da Autismeforeningen (u.å.b) beskriver at motivasjon er en viktig forutsetning, og at barnet ofte kan ha behov for mange repetisjoner. Studien fra Storch et al. (2021) fant at begrensende interesser ble betraktet som styrker for å øke engasjementet i tilpasset KAT. Dette er et interessant funn da Bjåstad og Weidle (2021, s. 395) hevder at spesialinteresser, nettopp kan bidra til å redusere stress. Dette kan bety at tilpasset KAT trolig skreddersyr behandlingen for det enkelte barn, særlig med hensyn til at Autismeforeningen (u.å.a) beskriver at det er store individuelle forskjeller hos personer i autismspekteret. Ved å ta utgangspunkt i interessene til barnet kan det tenkes at det øker motivasjonen, og er en verdifull tilnærming med tanke på tilpasning og individualisering. Ifølge Bjåstad og Weidle (2021, s. 403) vil utforskning av barnets ressurser balansere problemfokusering.

5.4 Behandlingslengde, gruppeterapi og individuell terapi

Funn fra studiene til Perihan et al. (2019) og Storch et al. (2021) belyser at langsiktig KAT hadde moderate effektstørrelser, mens kortsiktig KAT påviste lave effektstørrelser. Til forskjell fra studien til Sharma et al (2021), som ikke fant signifikant effekt av behandlingslengde, kan det antas å ha sammenheng med at de inkluderte studiene allerede benyttet seg av langsiktig KAT.

Studien til Kilburn et al. (2020) påpeker at til tross for at 70 % av foreldrene rapporterte betydelig angstreduksjon, var vanlig kritikk fra dem nettopp at de ønsket at behandlingen skulle inneholde flere økter og være av lengre varighet. Sett fra et effektiviseringsperspektiv ble det beskrevet i Perihan et al. (2019) sin studie, at enkelte terapeuter forsøkte å forlenge

kontakttiden ved å øke lengden på økten og redusere antall økter. Dette forsøket var imidlertid uten nytteverdi for effekten av KAT.

De overnevnte resultatene indikerer at lengre behandling er en fordelaktig faktor i effekten av KAT. Dette antyder også at langsiktighet kreves for å lære og administrere kognitive strategier, for å mestre angsten. Martinsen og Neumer (2021, s. 110) påpeker at det er en forutsetning med en god terapeutisk allianse. Det er viktig å ta i betraktning at unge med ASF, ofte har behov for mer tid til å bearbeide informasjonen i terapeutiske settinger (Bjåstad & Weidle, 2021, s. 395). Det kan dermed ta tid å etablere en trygg relasjon, samt å planlegge en tilpasset behandlingsform etter barnets egne premisser. Dette underbygger at langsiktige og tilpassede behandlinger av KAT, er faktorer som kan gi fordelaktige effektstørrelser.

I studien til Sharma et al. (2021) viser resultatene at KAT hadde større effektstørrelser når det ble gjennomført individuelt enn i gruppe. Imidlertid fremkom det i studien til Kilburn et al. (2020) at gruppe intervensjonen samlet sett, påviste en statistisk signifikant effekt. Det vil likevel være viktig å ta hensyn til den mindre utvalgsstørrelsen på 49 deltakere, samt at noen deltakere ikke kunne delta i gruppebehandlingen. Bjåstad og Weidle (2021, s. 397) beskriver at barn med ASF ofte kan trenge alenetid for å regulere sosialt stress, og at det bør være en balanse mellom sosial kontakt og alenetid.

Nå er ikke ulike angstlidelser adressert i denne oppgaven med tanke på nevnte avgrensninger. Likevel er det verdt å nevne at barn som eksempelvis har sosial angst, antas å møte på større utfordringer i gruppeterapi kontra individuell terapi. I riktig sammenheng kan det likevel tenkes at å delta i gruppeterapi vil være en nyttig sosial treningsarena, med mulighet for kontakt med andre. Helsebiblioteket (2019) påpeker at barn med ASF gjerne vil leke med andre, men kan ha utfordringer med å danne vennskap. På bakgrunn av dette kan gruppeterapi trolig være en arena hvor en lærer å samhandle med andre, noe som antas å gi positivt utslag på sosiale ferdigheter.

På den ene siden kan det tenkes at gruppeterapi gir lite rom for individuell oppmerksomhet, og at en bør reflektere over gruppesammensetning. Moskowitz et al (2017, s. 80) påpeker at

angst kan vise seg annerledes med ASF, hvor atferd kan uttrykkes som aggresjon, selvskading og raserianfall. Dette kan bety at det bør utvises forsiktighet, hvor det trolig kan oppleves som overveldende for noen, og at upassende atferd kan modelleres av andre gruppedeltakere. På den andre siden kan det være en positiv faktor å møte frykten, særlig ved sosial angst.

Sett fra et kostnadsperspektiv og av praktiske hensyn kan det være mer effektivt å gjennomføre gruppebasert KAT. På den måten vil man kunne behandle flere samtidig med angstlidelser. I tillegg kan det tenkes at det er enklere tilgang til gruppeterapi enn individuell terapi. Det er rimelig å anta at det er ventetid til individuell terapi, i forhold til at ressursene trolig er begrenset, særlig med spesifisert kompetanse. NOU 2020: 1 (s. 86) belyser at tilbud for personer med ASF er uoversiktlig i spesialisthelsetjenesten, og at behandling ofte er mangelfull, varierende eller fraværende.

Det er nærliggende å tro at individuell behandling kan være en langvarig prosess. Resultatene fra Sharma et al. (2021) viser likevel at individuell behandling hadde effektive resultater. Til tross for argumentene mot individuell terapi, kan det likevel være mest hensiktsmessig å satse på terapiformer som viser positive effektstørrelser. Særlig med tanke på Martinsen og Neumer (2021, s. 99-107) sine beskrivelser av at angstlidelser kan få langsiktige konsekvenser for barnets utvikling, risiko for andre lidelser, samt gi store samfunnsøkonomiske kostnader.

Funnene antyder også at individuell terapiform gir rom for tilpasning, kreativitet og fleksibilitet for både kjernevanskene og angstlidelser. Imidlertid er det rimelig å anta at det bør forskes videre på effektene av gruppeterapi som inkluderer større utvalgsstørrelser.

I studien til Sharma et al. (2021) ble ikke de positive behandlingseffektene opprettholdt etter oppfølging 1-9 måneder senere. Kilburn et al. (2020) understreker at det er behov for å undersøke varige effekter av KAT. Dette kan også tyde på Romhus og Skaret (2011, s. 181) sine beskrivelser av at generalisering av ferdigheter, kan være en utfordring. Martinsen et al. (2016, s. 23) påpeker at barn med ASF ofte har behov for hyppige repetisjoner, slik at omgivelsene må tilrettelegge for at treningen skjer jevnlig, til ferdighetene mestres.

Dersom ikke ferdighetene brukes regelmessig hos barn med ASF, har det en tendens til å bli glemt (Martinsen et al., 2016, s. 23-24). Av den grunn kan det stilles spørsmål til hvorvidt omsorgspersoner og barna kan følge opp terapien, i en hverdagslig kontekst utenfor terapirommet. Likevel kan det antas at å identifisere hva som kan bidra til varig forbedring, kan føre til positive ringvirkninger i form av å optimalisere KAT.

5.5 Metodiske skjevheter

Til tross for at det tyder på at KAT har positive effekter når det gjelder angstreduksjon hos barn og unge med ASF, er det grunn til å utvise forsiktighet ved tolkning av forskningsresultatene. Flere av studiene brukte ikke måleverktøy som var tilpasset for barn med ASF (Kilburn et al., 2020; Perihan et al., 2019; Sharma et al., 2021). Dette anses metodisk å være veldig problematisk, fordi validiteten er truet av at måleinstrumentet ikke er tilpasset. Et argument kan være at det en hadde hensikt til å måle, ikke ble målt. Det kan tenkes at dette er en vesentlig faktor å ta i betraktning med tanke på effektstørrelsene.

I tillegg kan det se ut til at det var differensiell respons på effektstørrelsene, på bakgrunn av at alle studiene vektla ulike faktorer. Studiene varierer også med tanke på type intervensjoner av KAT, kontekst, setting, manglende kontrollgrupper, små og ulike utvalgsstørrelser, mangel på oppfølgingsdeltakere, angstundertyper og variasjoner i autismspekteret (Kilburn et al., 2020; Perihan et al., 2019; Sharma et al., 2021; Storch et al., 2021). Det anses som viktig å reflektere over at noen studier ikke inkluderte kontrollgrupper. Dette utspiller seg ved at en da ikke har et sammenligningsgrunnlag og truer validiteten til effektstørrelsen. En annen variabel å tenke over er om det er pålitelig å sammenligne de valgte kontrollgruppene, med hensyn til at det er store individuelle forskjeller i autismspekteret.

6.0 Avslutning

Med hensyn til sårbarheten hos barn og unge med ASF og den økte forekomsten av angst, var formålet i denne litteraturstudien å undersøke i hvilken grad kognitiv atferdsterapi har vist effekt, og hvilke faktorer som kunne påvirke effekten.

Teorigrunnlaget og forskningen viser at det er behov og viktig å behandle angst hos barn og unge med ASF. Resultatene fra analysen viser at KAT har lave, moderate og store effektstørrelser. Hovedfunnene viser likevel samlet sett at KAT har moderat til høy grad av effekt. Imidlertid varierte effektstørrelsene avhengig av hvilke faktorer studiene inkluderte og undersøkte. Faktorer som viser seg å påvirke effektstørrelsene både positivt og negativt var deriblant ulike informantperspektiver, foreldreinvolvering, behandlingens lengde, individuell terapi og gruppeterapi, og tilpasset terapi kontra standard terapi. Til tross for at resultatene ikke fremla et entydig svar, kan det tenkes at dette er verdifulle elementer å undersøke i videre forskning, samt hvordan å opprettholde langvarig behandlingseffekt.

Likeledes er det grunn til å understreke at de metodiske forskjellene bør tas hensyn til i videre forskning, særlig når det gjelder tilpasset KAT og egnede måleinstrumenter. Disse forskjellene indikerer å ha påvirket effektstørrelsene i studiene. I tillegg kan det anbefales kvalitativ oppfølging med hensikt i å avdekke hvordan både terapeuter, klinikere, foreldre og barn beskriver både fordelene og ulemper. Det er nærliggende å anta at det kan gi dypere innsikt på ulike forskjeller av de rapporterte effektstørrelsene.

Referanseliste

- Autismeforeningen. (u.å.a). *Autismespekteret – en kort innføring*. Hentet 15. November 2021 fra <https://autismeforeningen.no/informasjonsmaterieill/autismespekteret-intro/>
- Autismeforeningen. (u.å.b). *Jobber du med autismespekterforstyrrelser?* Hentet 17. November 2021 fra <https://autismeforeningen.no/m%C3%A5lgrupper/fagpersoner/>
- Aveyard, H. (2019). *Doing a literature review in health and social care: a practical guide* (4th.ed.). Open University Press / McGraw- Hill Education
- Bakken, T. L. (2015). *Utviklingshemning og hverdagsvansker: Faktorer som påvirker psykisk helse*. Gyldendal Akademisk.
- Bakken, T. L. (Red.). (2020). *Psykisk lidelse hos voksne personer med utviklingshemming: forståelse og behandling* (2.utg.). Universitetsforlaget.
- Berge, T. (2015). Spesifikke fobier. I T. Berge & A. Repål (Red.), *Håndbok I kognitiv terapi* (2. utg., s. 85-97). Gyldendal Akademisk.
- Bjåstad, J. F & Weidle , B. (2021). Kognitiv atferdsterapi for barn og ungdom med autismespekterforstyrrelser. I K. Martinsen & R. Hagen (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi: i behandling av barn og unge* (2.utg., s. 394 - 407). Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2020). *Metode og oppgaveskriving* (7.utg.). Gyldendal Akademisk.
- Dønnum, M. S. & Slette, H. S. (2020). Miljøterapi ved angst- og belastningslidelser. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 285-296). Fagbokforlaget

Ellingsen, K. E & Berge, K. (2014). Helsefagets rolle i den vernepleiefaglige kompetansen og utøvelsen av faglig skjønn. I K. E. Ellingsen (Red.), *Vernepleiefaglig kompetanse og faglig skjønn* (s. 192-212). Universitetsforlaget.

Folkehelseinstituttet. (2019, 24. september). *Fakta om angst*.

<https://www.fhi.no/fp/psykiskhelse/psykiskelidelser/angst/>

Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning. (2019). *Forskrift om nasjonal retningslinje for vernepleierutdanning* (FOR-2019-03-15-411). Lovdata.

<https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2019-03-15-411>

Gjevik, E., Eldevik, S., Fjæran- Granum, T. & Sponheim, E. (2011). Kiddie-SADS Reveals High Rates of DSM-IV Disorders in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 41(6), 761-769.

<https://doi.org/10.1007/s10803-010-1095-7>

Glavin, K. & Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge* (4. utg.). Kommuneforlaget.

Helsebiblioteket. (2012, 20. juni). *Hva betyr «publiseringsnivåer»?*

<https://www.helsebiblioteket.no/144363/hva-betyr-publiseringsniv%C3%A5er>

Helsebiblioteket. (2016a, 3. juni). *Forskningsmetode*. [https://www.helsebiblioteket.no/](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode)

[kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/forskningsmetode)

Helsebiblioteket. (2016b, 3. juni). *Kjernespørsmål*. [https://www.helsebiblioteket.no/](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal)

[kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/kjernesporstal)

Helsebiblioteket. (2016c, 3. juni). *Pico*. [https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico)

[praksis/sporsmalsformulering/pico](https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/sporsmalsformulering/pico)

Helsebiblioteket. (2016d, 7. juni). *Kildevalg*.

<https://www.helsebiblioteket.no/kunnskapsbasert-praksis/litteratursok/kildevalg>

Helsebiblioteket. (2019, 18. februar). *Autisme og autismspekterforstyrrelser (ASF)*.

<https://www.helsebiblioteket.no/pasientinformasjon/nevrologi/autisme>

Helsedirektoratet (2017, 14. april). *Angst*. <https://www.helsedirektoratet.no/tema/angst-og-depresjon/angst>

Helverschou, S. B. (2020). Om autismspekterforstyrrelse. I T. L. Bakken (Red.), *Håndbok i miljøterapi: til barn og voksne med kognitiv funksjonshemming* (s. 63-72).

Fagbokforlaget.

Høgskulen på Vestlandet. (u.å.). *Søk etter fagressursar*. Hentet 10. November 2021 fra

<https://www.hvl.no/bibliotek/sok-etter-fagressursar/?filters=vernepleie>

Håkonsen, K. M. (2014). *Psykologi og psykiske lidelser* (5. utg.). Gyldendal Akademisk.

Kilburn, T. R., Sørensen, M. J., Thastum, M., Rapee, R. M., Rask, C. U., Arendt, K. B., Carlsen, A. H. & Thomsen, P. H. (2020). Group based cognitive behavioural therapy for anxiety in children with autism spectrum disorder: A randomised controlled trial in a general child psychiatric hospital setting. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04471-x>

Martinsen, H., Storvik, S., Kleven, E., Nærland, T., Hildebrand, K. & Olsen, K. (2016). *Mennesker med autismspekterforstyrrelser (ASD): utfordringer i tiltak og behandling*. Gyldendal akademisk.

Martinsen, K & Neumer, S.P. (2021). Kognitiv terapi ved angst hos barn. I K. Martinsen & R. Hagen (Red.), *Håndbok i kognitiv atferdsterapi: i behandling av barn og unge* (2. utg., s. 99- 129). Gyldendal Akademisk.

Moskowitz, J. L., Rosen, T., Lerner, M. D. & Levine, K. (2017). Assessment of anxiety in youth with autism spectrum disorder. I C. M, Kerns., P. Renno., E. A, Storch., P. C, Kendall. & J. J, Wood (Red.), *Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: Evidence-based assessment and treatment* (s. 79 - 104). Academic press.

Nasjonalt kompetansemiljø om utviklingshemming. (2020, 18. januar). *Psykisk helse hos personer med autisme og utviklingshemming*. <https://naku.no/kunnskapsbanken/psykisk-helse-autisme-og-utviklingshemming>

Nordtvedt, M.W., Jamtvedt, G., Graverholt, B. & Gundersen, M.W. (2021). *Jobb kunnskapsbasert: en arbeidsbok* (3.utg.). Cappelen Damm Akademisk

Norsk forening for kognitiv terapi. (u.å.). *Kognitiv terapi*. Hentet 27. november 2021 fra <https://www.kognitiv.no/kognitiv-terapi/>

NOU 2020: 1.(2020). *Tjenester til personer med autismspekterforstyrrelse og til personer med Tourettes syndrom*. Helse- og omsorgsdepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/91c0032472934440af6fd496cf12301d/no/pdfs/nou202020200001000dddpdfs.pdf>

Oslo universitetssykehus. (2021, 31.mars). *Autisme*. <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nyheter/autisme>

Parr, J. & Woodbury-Smith, M. (2021, 19. mai). Autism spectrum disorder: Straight to the point of care. *BMJ Best Practice*. Hentet 4. oktober 2021 fra <https://bestpractice.bmj.com/topics/en-gb/379/pdf/379/Autism%20spectrum%20disorder.pdf>

- Perihan, C., Burke, M., Bowman-Perrott, L., Bicer, A., Gallup, J., Thompson, J. & Sallese, M. (2019). Effects of Cognitive Behavioral Therapy for Reducing Anxiety in Children with High Functioning ASD: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50(6), 1958–1972. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-03949-7>
- Romhus, S. & Skaret, M. (2011). Habileringsforløp for barn med autismspekterforstyrrelse. I E. V. Lunde., B. Lerdal & L. H. Stubrud (Red.), *Habilitering av barn og unge: Tiltak for helsefremming og mestring* (s. 176-189). Universitetsforlaget
- Ryan, M. P., Kaskas, M. M. & Davis, E. T. (2017). Cognitive-behavioral principles and their applications within autism spectrum disorder. I C. M, Kerns., P. Renno., E. A, Storch., P. C, Kendall. & J. J, Wood (Red.), *Anxiety in children and adolescents with autism spectrum disorder: Evidence- based assessment and treatment* (s. 105 - 121). Academic press.
- Røkenes, O.H. & Hanssen, P.-H. (2012). *Bære eller bryte: Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3.utg.). Fagbokforlaget.
- Sharma, S., Hucker, A., Matthews, T., Grohmann, D. & Laws, K. R. (2021). Cognitive behavioural therapy for anxiety in children and young people on the autism spectrum: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychology*, 9(1), 1–151. <https://doi.org/10.1186/s40359-021-00658-8>
- Statlig spesialpedagogisk tjeneste. (2020a, 05. juni). *Autisme og tilleggsvansker*. <https://www.statped.no/autisme/autisme-og-tilleggsvansker2/autisme-og-psykiske-vansker/>
- Statlig spesialpedagogisk tjeneste. (2020b, 17. desember). *Autisme og stress*. <https://www.statped.no/autisme/autisme-og-stress/>

Storch, E. A., Wood, J. J., Guzick, A. G., Small, B. J., Kerns, C. M., Ordaz, D. L., Schneider, S. C. & Kendall, P. C. (2021). Moderators of response to personalized and standard care cognitive-behavioral therapy for youth with autism spectrum disorder and comorbid anxiety. *Journal of Autism and Developmental Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05000-0>

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Fagbokforlaget.

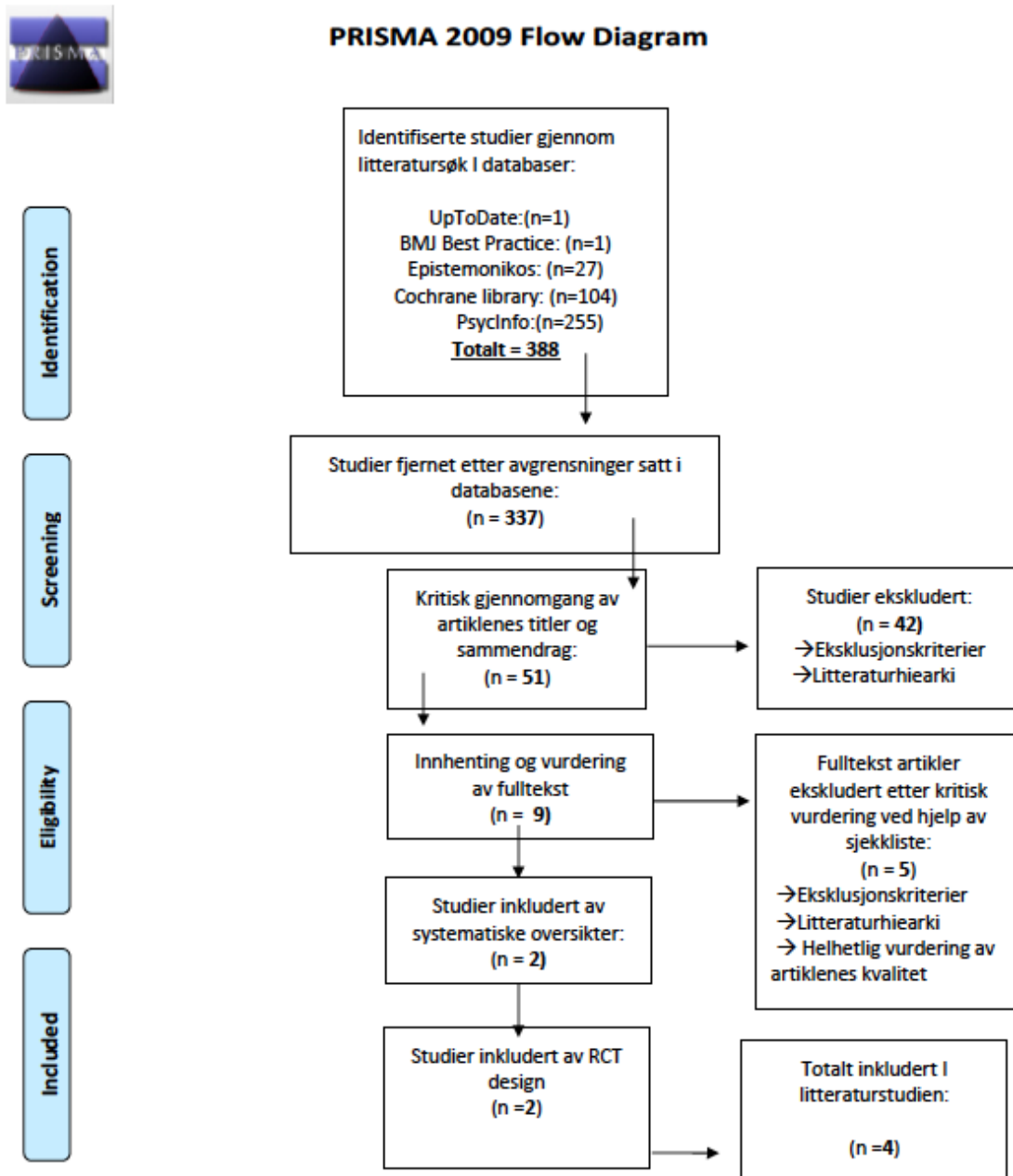
World Health Organization. (2021). F84 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelser. I *Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede sykdommer* (10.utg.). Direktoratet for e-helse. <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2599546>

Vedlegg 1 – Søkelogg

Søkeord	Dato	Database	Antall totale treff	Avgrensning	Antall leste tittel og abstract	Inkluderte artikler
Autism spectrum disorder children	22.10.21	<u>UpToDate</u>	1		Lest og søkt i oppslagsverket	0
Autism spectrum disorder	21.10.21	<u>BMJ Best Practice</u>	1		Lest og søkt i oppslagsverket	0
Autis* OR "Autism spectrum disorder" OR ASD AND CBT OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "Cognitive behaviour therapy" OR "Cognitive Behavioral Therapies" AND Anxiety OR "Anxiety disorder" OR "anxiety disorders" AND Child* OR adoles* OR youth*	27.10.21	<u>Epistemonikos</u>	27	11 treff etter: <Siste 5 år <Systematiske oversikter	11	2
Autis* OR "Autism spectrum disorder" OR ASD AND CBT OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "Cognitive behaviour therapy" OR "Cognitive Behavioral Therapies" AND	27.10.21	<u>Cochrane-library</u>	104	2 treff etter: <Systematiske oversikter	2	0

Anxiety OR "Anxiety disorder" OR "anxiety disorders" AND Child* OR adoles* OR youth*						
Autis* OR "Autism spectrum disorder" OR ASD AND CBT OR "Cognitive Behavioral Therapy" OR "Cognitive behaviour therapy" OR "Cognitive Behavioral Therapies" AND Anxiety OR "Anxiety disorder" OR "anxiety disorders" AND Child* OR adoles* OR youth*	04.11.21	<u>PsycINFO</u>	255	29 treff etter: <Siste året Måtte se etter: RCT-studier, jf.-litteraturhiearki. Derfor avgrenset til siste året.	29	2

Vedlegg 2 - PRISMA flytskjema






From: Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group (2009). Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(6): e1000097. doi:10.1371/journal.pmed1000097

For more information, visit www.prisma-statement.org.

Vedlegg 3 – CASP sjekklister

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Artikkel 1: Perihan et al., 2019.

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' In terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments: Populasjonen og intervensjonen som ble studert: Autismespekterforstyrrelse, barn og unge, kognitiv atferdsterapi. Den systematiske oversikten inkluderte 3 spesifikke forskningsspørsmål:
 1. I hvilken grad kan KAT redusere angstrelaterte utfall hos barn med høyt fungerende ASF?
 2. Påvirker foreldrenes involvering i KAT angstrelaterte utfall hos barn med høyt fungerende ASF?
 3. Har behandlingsslengde innvirkning på de samlede effektene av KAT hos barn med høyt fungerende ASF?

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments: Det er sannsynlig at forfatterne søkte etter relevante studier som svarte på spørsmålet i denne oversiktsartikkelen, ettersom inklusjonskriteriene samsvarer med formålet til studien. Alle studiene brukte gruppedesignforskning. Spesifikt var åtte studier RCT studier som sammenlignet KAT-er med venteliste, fire studier var RCT studier som sammenlignet KAT-er med vanlige omsorgsgrupper, og to studier var randomiserte kontrollerte studier som sammenlignet CBT-er med en forsinket behandlingsgruppe. RCT studier regnes som "gullstandarden" for effektspørsmål

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments: Relevante studier er trolig identifisert. Studien har undersøkt sentrale databaser og plattformer: "Education Full Text", (ERIC), og "PsycINFO". Google Scholar ble også søkt for å identifisere så mange relevante studier som mulig. Avhandlinger og upubliserte rapporter ble ikke inkludert i studien. Dette kan gi skjevhet i resultat. Men jeg mener det likevel ikke svekker kvaliteten. Søkeord som ble brukt var: "Asperger," "autism," "ASD," "anxiety," "cognitive behavioral therapy," and "CBT.. Nøkkelordene ble brukt alene og i kombinasjon.

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments: Studien har benyttet seg av variabel koding og kodet påliteligheten av studiene. Hver studie ble kodet av to uavhengige trente forskere for følgende informasjon: studienavn, utvalgsstørrelse, deltakernes alder, kjønn og etnisitet, type intervensjon, intervensjonsformat (dvs. med eller uten foreldreinvolvering) og intervensjonslengde. En søke- og kodeprotokoll ble utviklet basert på de foretrukne rapporteringselementene for systematiske vurderinger og metaanalyser.

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments: R:effektmodell ble brukt for å estimere effektene. Det antas at hver effektstørrelse er korrelert med uavhengige variabler og er hentet fra ulike populasjoner. Effekt kan variere fra studie til studie. Q-statistikk ble brukt til å teste homogeniteten til effektstørrelser og mulig innvirkninger. Den statistiske I² ble brukt for å demonstrere prosentvis heterogenitet i studien. Siden funnel plot av standardfeil versus standardforskjeller i gjennomsnitt kan føre til falske resultater, ble en sammenligning av utvalgsstørrelsene med gjennomsnittlige forskjeller brukt for å bestemme publikasjonsskjevhet.

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
- what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments: Resultatene ga en moderat effektstørrelse ($g = -0,66$) for reduksjon av angstsymptomer. Moderatorer indikerte at større effekter for studier ble oppnådd med foreldreinvolvering ($g = -0,85$, $p < 0,05$) enn med behandlinger kun for barn ($g = -0,34$, $p < 0,05$). Kortvarige intervensjoner genererte en mindre effekt ($g = -0,37$, $p < 0,05$) enn standard intervensjoner ($g = -1,02$, $p < 0,05$).

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments: Svakhet ved studien er at en rekke inkluderte studier rapporterte funn før gruppeendringer og brukte ikke kontrollgrupper. I fravær av en kontrollgruppe eller sammenligningsgruppe, ble gjennomsnittlige endringer i behandlingsgruppescore fra før- og etter brukt til å bestemme effektstørrelser i syv studier. Cohens dberegnet ved å bruke "råskårene" fra hver studie. I en metaanalyse er det kritisk viktig å vurdere den mulige standardfeilen. Effektstørrelser og konfidensintervaller på tvers av studiene med 95 % konfidensintervall er rapportert i fig. 2,3 og 4

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments: Resultatene kan antas å være relevant for praksis. Spørsmålet mitt gjelder barn og unge med ASF, og jeg kan da sammenligne populasjonen i studien med mitt eget. Den systematiske oversikten vurderer også andre variabler som foreldre involvering og lengde på behandling mtp effekt, dette gjør det mulig å sammenligne hva som bør gjøres av tilrettelegginger i miljøet for å få mest mulig effekt av tiltaket.

9. Were all important outcomes considered?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input checked="" type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments: Viktige utfallsmål antas å være vurdert. KAT er et anerkjent og voksende terapiform i dagens samfunn. Barn med ASF har høy risiko for å utvikle angstlidelser. Evidensbasert forskning er nødvendig. Ytterligere informasjon som kunne vært til nytte hadde vært spesifikke tilpasninger og om intervensjonen bør i noen tilfeller utøves på andre arenaer enn "terapirommet".

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	<input checked="" type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>




HINT: Consider

- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Comments: Sett i et risiko-kostnad- nytte perspektiv anser jeg at KAT veier fordelene opp for ulemper og kostnader da barn med ASF er mer disponert enn den generelle befolkningen for å få angstlidelser. Når forskning i tillegg viser at det er effekt av behandlingsformen, anser jeg dette som en nødvendighet, sett i forhold til det enkelte barnets livskvalitet og et forebyggingsperspektiv.

CASP Checklist: 10 questions to help you make sense of a **Systematic Review**

How to use this appraisal tool: Three broad issues need to be considered when appraising a systematic review study:

-  Are the results of the study valid? (Section A)
-  What are the results? (Section B)
-  Will the results help locally? (Section C)

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions. There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of italicised prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

About: These checklists were designed to be used as educational pedagogic tools, as part of a workshop setting, therefore we do not suggest a scoring system. The core CASP checklists (randomised controlled trial & systematic review) were based on JAMA 'Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL, and Cook DJ), and piloted with health care practitioners.

For each new checklist, a group of experts were assembled to develop and pilot the checklist and the workshop format with which it would be used. Over the years overall adjustments have been made to the format, but a recent survey of checklist users reiterated that the basic format continues to be useful and appropriate.

Referencing: we recommend using the Harvard style citation, i.e.: *Critical Appraisal Skills Programme (2018). CASP (insert name of checklist i.e. Systematic Review) Checklist. [online] Available at: URL. Accessed: Date Accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial-Share A like. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/> www.casp-uk.net

Paper for appraisal and reference:

Section A: Are the results of the review valid?

1. Did the review address a clearly focused question?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: An issue can be 'focused' in terms of

- the population studied
- the intervention given
- the outcome considered

Comments:

2. Did the authors look for the right type of papers?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: 'The best sort of studies' would

- address the review's question
- have an appropriate study design (usually RCTs for papers evaluating interventions)

Comments:

Is it worth continuing?

3. Do you think all the important, relevant studies were included?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Look for

- which bibliographic databases were used
- follow up from reference lists
- personal contact with experts
- unpublished as well as published studies
- non-English language studies

Comments:

4. Did the review's authors do enough to assess quality of the included studies?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: The authors need to consider the rigour of the studies they have identified. Lack of rigour may affect the studies' results ("All that glisters is not gold" Merchant of Venice – Act II Scene 7)

Comments:

5. If the results of the review have been combined, was it reasonable to do so?

Yes	<input type="checkbox"/>
Can't Tell	<input type="checkbox"/>
No	<input type="checkbox"/>

HINT: Consider whether

- results were similar from study to study
- results of all the included studies are clearly displayed
- results of different studies are similar
- reasons for any variations in results are discussed

Comments:

Section B: What are the results?

6. What are the overall results of the review?

HINT: Consider

- If you are clear about the review's 'bottom line' results
 - what these are (numerically if appropriate)
- how were the results expressed (NNT, odds ratio etc.)

Comments:

7. How precise are the results?

HINT: Look at the confidence intervals, if given

Comments:

Section C: Will the results help locally?

8. Can the results be applied to the local population?

Yes	
Can't Tell	
No	

HINT: Consider whether

- the patients covered by the review could be sufficiently different to your population to cause concern
- your local setting is likely to differ much from that of the review

Comments:

9. Were all important outcomes considered?

Yes	
Can't Tell	
No	

HINT: Consider whether

- there is other information you would like to have seen

Comments:

10. Are the benefits worth the harms and costs?

Yes	
Can't Tell	
No	

HINT: Consider





- even if this is not addressed by the review, what do **you** think?

Comments:

CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist:

11 questions to help you make sense of a randomised controlled trial (RCT)

Main issues for consideration: Several aspects need to be considered when appraising a randomised controlled trial:

-  Is the basic study design valid for a randomised controlled trial? (Section A)
-  Was the study methodologically sound? (Section B)
-  What are the results? (Section C)
-  Will the results help locally? (Section D)

The 11 questions in the checklist are designed to help you think about these aspects systematically.

How to use this appraisal tool: The first three questions (Section A) are screening questions about the validity of the basic study design and can be answered quickly. If, in light of your responses to Section A, you think the study design is valid, continue to Section B to assess whether the study was methodologically sound and if it is worth continuing with the appraisal by answering the remaining questions in Sections C and D.

Record 'Yes', 'No' or 'Can't tell' in response to the questions. Prompts below all but one of the questions highlight the issues it is important to consider. Record the reasons for your answers in the space provided. As CASP checklists were designed to be used as educational/teaching tools in a workshop setting, we do not recommend using a scoring system.

About CASP Checklists: The CASP RCT checklist was originally based on JAMA Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL and Cook DJ), and piloted with healthcare practitioners. This version has been updated taking into account the CONSORT 2010 guideline (<http://www.consort-statement.org/consort-2010>, accessed 16 September 2020).

Citation: CASP recommends using the Harvard style, i.e. *Critical Appraisal Skills Programme (2020). CASP (insert name of checklist i.e. Randomised Controlled Trial) Checklist. [online] Available at: insert URL. Accessed: insert date accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial- Share A like. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?

<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> <i>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</i> <i>Is the research question 'focused' in terms of:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Population studied • Intervention given • Comparator chosen • Outcomes measured? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How was randomisation carried out? Was the method appropriate? • Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? • Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? • Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? • Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

Section B: Was the study methodologically sound?

<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the participants 'blind' to intervention they were given? • Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? • Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? • Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

Section D: Will the results help locally?





<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?

CASP Randomised Controlled Trial Standard Checklist:

11 questions to help you make sense of a randomised controlled trial (RCT)

Main issues for consideration: Several aspects need to be considered when appraising a randomised controlled trial:

-  Is the basic study design valid for a randomised controlled trial? (Section A)
-  Was the study methodologically sound? (Section B)
-  What are the results? (Section C)
-  Will the results help locally? (Section D)

The 11 questions in the checklist are designed to help you think about these aspects systematically.

How to use this appraisal tool: The first three questions (Section A) are screening questions about the validity of the basic study design and can be answered quickly. If, in light of your responses to Section A, you think the study design is valid, continue to Section B to assess whether the study was methodologically sound and if it is worth continuing with the appraisal by answering the remaining questions in Sections C and D.

Record 'Yes', 'No' or 'Can't tell' in response to the questions. Prompts below all but one of the questions highlight the issues it is important to consider. Record the reasons for your answers in the space provided. As CASP checklists were designed to be used as educational/teaching tools in a workshop setting, we do not recommend using a scoring system.

About CASP Checklists: The CASP RCT checklist was originally based on JAMA Users' guides to the medical literature 1994 (adapted from Guyatt GH, Sackett DL and Cook DJ), and piloted with healthcare practitioners. This version has been updated taking into account the CONSORT 2010 guideline (<http://www.consort-statement.org/consort-2010>, accessed 16 September 2020).

Citation: CASP recommends using the Harvard style, i.e. *Critical Appraisal Skills Programme (2020). CASP (insert name of checklist i.e. Randomised Controlled Trial) Checklist. [online] Available at: insert URL. Accessed: insert date accessed.*

©CASP this work is licensed under the Creative Commons Attribution – Non-Commercial- Share A like. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by-sa/4.0/>

Study and citation:

Section A: Is the basic study design valid for a randomised controlled trial?

<p>1. Did the study address a clearly focused research question? <i>CONSIDER:</i> <i>Was the study designed to assess the outcomes of an intervention?</i> <i>Is the research question 'focused' in terms of:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Population studied • Intervention given • Comparator chosen • Outcomes measured? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell
<p>2. Was the assignment of participants to interventions randomised? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • How was randomisation carried out? Was the method appropriate? • Was randomisation sufficient to eliminate systematic bias? • Was the allocation sequence concealed from investigators and participants? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>3. Were all participants who entered the study accounted for at its conclusion? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were losses to follow-up and exclusions after randomisation accounted for? • Were participants analysed in the study groups to which they were randomised (intention-to-treat analysis)? • Was the study stopped early? If so, what was the reason? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

Section B: Was the study methodologically sound?

<p>4.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the participants 'blind' to intervention they were given? • Were the investigators 'blind' to the intervention they were giving to participants? • Were the people assessing/analysing outcome/s 'blinded'? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>5. Were the study groups similar at the start of the randomised controlled trial? <i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were the baseline characteristics of each study group (e.g. age, sex, socio-economic group) clearly set out? • Were there any differences between the study groups that could affect the outcome/s? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

<p>6. Apart from the experimental intervention, did each study group receive the same level of care (that is, were they treated equally)?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was there a clearly defined study protocol? • If any additional interventions were given (e.g. tests or treatments), were they similar between the study groups? • Were the follow-up intervals the same for each study group? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
---	---------------------------------	--------------------------------	--

Section C: What are the results?

<p>7. Were the effects of intervention reported comprehensively?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Was a power calculation undertaken? • What outcomes were measured, and were they clearly specified? • How were the results expressed? For binary outcomes, were relative and absolute effects reported? • Were the results reported for each outcome in each study group at each follow-up interval? • Was there any missing or incomplete data? • Was there differential drop-out between the study groups that could affect the results? • Were potential sources of bias identified? • Which statistical tests were used? • Were p values reported? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>8. Was the precision of the estimate of the intervention or treatment effect reported?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Were confidence intervals (CIs) reported? 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>
<p>9. Do the benefits of the experimental intervention outweigh the harms and costs?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What was the size of the intervention or treatment effect? • Were harms or unintended effects reported for each study group? • Was a cost-effectiveness analysis undertaken? (Cost-effectiveness analysis allows a comparison to be made between different interventions used in the care of the same condition or problem.) 	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Can't tell <input type="checkbox"/>

Section D: Will the results help locally?

<p>10. Can the results be applied to your local population/in your context?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Are the study participants similar to the people in your care? • Would any differences between your population and the study participants alter the outcomes reported in the study? • Are the outcomes important to your population? • Are there any outcomes you would have wanted information on that have not been studied or reported? • Are there any limitations of the study that would affect your decision? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>
<p>11. Would the experimental intervention provide greater value to the people in your care than any of the existing interventions?</p> <p><i>CONSIDER:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • What resources are needed to introduce this intervention taking into account time, finances, and skills development or training needs? • Are you able to disinvest resources in one or more existing interventions in order to be able to re-invest in the new intervention? 	<p>Yes <input type="checkbox"/></p>	<p>No <input type="checkbox"/></p>	<p>Can't tell <input type="checkbox"/></p>

APPRAISAL SUMMARY: Record key points from your critical appraisal in this box. What is your conclusion about the paper? Would you use it to change your practice or to recommend changes to care/interventions used by your organisation? Could you judiciously implement this intervention without delay?