

**INVOLVERA DET SOMATISKT SJUKA BARNET I SIN EGEN
OMVÅRDNAD -HÄLSO- OCH SJUKVÅRDSPERSONALS
ERFARENHETER**

-en litteraturöversikt

**INVOLVING CHILDREN WITH A SOMATIC DISEASE IN THEIR
OWN CARE –EXPERIENCES OF HEALTH CARE PROFESSIONALS**

-a literature review

Sjuksköterskeprogrammet 180 högskolepoäng

Självständigt arbete, 15 högskolepoäng

Examinationsdatum: 6 april 2021

Kurs: K55

Författare: Isabella Bäckström

Författare: Michaela Waljanson

Handledare: Marie Tyrell

Examinerande lärare: Eleni Siouta

SAMMANFATTNING

Bakgrund

De flesta barn kommer någon gång under deras uppväxt att komma i kontakt med hälso- och sjukvården. Vid dessa tillfällen har barnet rätt till delaktighet i sin vård och omsorg. Delaktighet är en fundamental förutsättning för både vuxnas och barns hälsa. Ett barns delaktighet behöver inte enbart handla om att bestämma utan det finns andra faktorer som ökar delaktigheten. Patientdelaktighet handlar om ett ömsesidigt partnerskap och en förtroendefull relation mellan patient och hälso- och sjukvårdspersonal.

Syfte

Att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i sin egen omvårdnad.

Metod

Denna icke-systematiska litteraturoversikt inkluderar 16 vetenskapliga artiklar där samtliga är av kvalitativ design. De två databaser som användes för att hämta dessa artiklar var PubMed och CINAHL. Kvalitetsgranskningen utfördes i enlighet med Sophiahemmet högskolas bedömningsunderlag. En integrerad analys användes för att sammanställa resultatet och identifiera relevanta kategorier.

Resultat

I resultatet i denna litteraturoversikt framkom fyra huvudkategorier: betydelsefulla faktorer för barnets delaktighet, föräldrarnas roll för barnets delaktighet, kommunikationens betydelse och barnet som beslutsfattare i sin vård. Det framkom att föräldrarna har en viktig roll i möjliggörandet av barnets delaktighet i sin vård. Barnets kompetens samt hälso- och sjukvårdspersonalens kompetens ansågs ha en betydande roll för hur delaktig barnet kunde vara.

Slutsats

I denna litteraturoversikt framgår det att det finns förbättringspotential för att optimera barns delaktighet enligt hälso- och sjukvårdspersonalen. Trots barnets begränsade möjligheter till beslutsfattande har det visat sig fördelaktigt för barnets hälsa att vara delaktig. Genom att anpassa språk och information, lyssna och ställa frågor kan hälso- och sjukvårdspersonalen främja barnets delaktighet.

Nyckelord: Barn, Delaktighet, Hälso- och sjukvårdspersonals erfarenhet, Involvera, Omvårdnad

ABSTRACT

Background

Most children will encounter health care at some point during their childhood. On these occasions, the child has the right to participate in his or her care. Participation is a fundamental prerequisite for the health of both adults and children. A child's participation does not have to be about making decisions, other factors increase participation. Patient participation is about a mutual partnership and a trusting relationship between patients and healthcare professionals.

Aim

The aim was to describe health care professional's experiences involving children with a somatic disease in their own care.

Method

This literature review includes 16 scientific articles, all of which are of qualitative design. The two databases used to retrieve these articles were PubMed and CINAHL. The quality review was carried out in accordance with Sophiahemmet University's assessment basis. An integrated analysis was used to compile the results and identify relevant categories.

Results

The results of this literature review revealed four main categories: important factors for the child's participation, the role of the parents in the child's participation, the importance of communication and the child as a decision-maker in their care. The results showed that adaptations from healthcare professionals, the healthcare environment and organization were essential in promoting the child's participation. It emerged that the parents play an important role in enabling the child's participation in their care. The competence of the child and the healthcare professionals were considered to have a significant role in the child's level of involvement.

Conclusions

This literature review shows that there is potential for improvement in optimizing children's participation according to healthcare professionals. Despite the child's limited decision-making opportunities, it has proved beneficial for the child's health to be involved in the process. By adapting language and information, listening, and asking questions, healthcare professionals can promote the child's participation in care.

Keywords: Care, Children, Healthcare professional's perspective, Involvement, Participation

INNEHÅLLSFÖRTECKNING

INLEDNING	1
BAKGRUND	1
Hälso- och sjukvårdspersonal.....	1
Barn	1
Barn i vården	2
Delaktighet- att involvera.....	4
Omvårdnad	5
Sjuksköterskans teamarbete	6
Teoretisk utgångspunkt- vårdande och icke-vårdande möten.....	6
Problemformulering	8
SYFTE	8
METOD	8
Design.....	8
Urval.....	8
Datainsamling.....	9
Kvalitetsgranskning.....	12
Dataanalys	13
Forskningsetiska överväganden	13
RESULTAT	14
Betydelsefulla faktorer för barnets delaktighet	15
Föräldrarnas roll för barnets delaktighet	16
Kommunikationens betydelse	17
Barnet som beslutsfattare i sin vård	19
DISKUSSION	20
Resultatdiskussion.....	20
Metoddiskussion.....	23
Slutsats	26
REFERENSER	I
 BILAGA A-B	

INLEDNING

Delaktighet är en viktig stöttepelare inom vård och omsorg. Vid interventioner inom hälso- och sjukvård som kan ha konsekvenser för ett barn så ska barnets egna intressen särskilt uppmärksammas och övervägas. Barn har rätt att bli hörsammade gällande beslut som rör dem (Socialstyrelsen, 2020). I Sverige beräknas tillgången till specialistsjuksköterskor och grundutbildade sjuksköterskor att minska med åtta procent fram till 2030 (Socialstyrelsen, 2017). I och med den bristande tillgång av specialistutbildade sjuksköterskor inom pediatrik omvårdnad nödgas specialistavdelningar anställa grundutbildade sjuksköterskor (Ballard et al., 2012). Studier har visat att nyutbildade sjuksköterskor inte varit förberedda nog att hantera vården som utövas idag (Wangensteen et al., 2012). Grundutbildningen för sjuksköterskor i Sverige har generellt en låg inriktning mot barnets sjukdomar och utveckling. Sjuksköterskor med enbart grundutbildning hanterar den familjecentrerade vården som bedrivs på pediatrika avdelningar generellt sämre än specialistutbildade sjuksköterskor (Friberg et al., 2016). Detta arbete är en icke-systematisk litteraturstudie där tanken är att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden.

BAKGRUND

Hälso- och sjukvårdspersonal

Hälso- och sjukvårdspersonal definieras en person som innehar legitimation såsom exempelvis sjuksköterskor, läkare eller en särskilt förordnad person. Hälso- och sjukvårdspersonal kan även vara en person som biträder legitimerad eller särskilt förordnad personal i vården av en patient som exempelvis undersköterska eller assisterande undersköterska (Socialstyrelsen, 2019). I detta arbete kommer ordet vårdpersonal likställas med hälso- och sjukvårdspersonal.

Barn

Alla människor under åldern 18 år räknas som barn, såvida det inte finns någon lag som gäller för barnet som gör att barnet blir myndigt innan 18 års ålder (Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter, 2018).

Barns rättigheter

Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter (SFS 2018:1197) stadgar att barn har rätt att få deras röst hörd, bilda egna åsikter och att fritt uttrycka dessa åsikter i varje fråga som rör barnet. I Patientlagen (SFS 2014:821) står det skrivet att hälso- och sjukvård ej får utövas utan patientens samtycke, om inte annat framkommer i lagtext. Det stadgas i första § i patientlagen att hälso- och sjukvården ska arbeta för att främja patientens delaktighet. Dessutom ska hälso- och sjukvården stärka patienternas integritet och självbestämmanderätt. Barnets inställning ska klarläggas vad gäller inställning till de aktuella behandlingarna och den aktuella vården. Inställningen ska tillmätas betydelse i förhållande till mognad och ålder (SFS 2014:821).

Folkhälsomyndigheten (2020) menade att det fanns indikationer på tydliga tecken på ojämlikhet i vården av barn. I hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) stadgas i tredje kapitlet, första § att målet med hälso- och sjukvården är att kunna erbjuda vård på lika villkor för alla människor.

Barn har rätt till delaktighet gällande sin vård och omsorg. Barnets rättigheter gällande delaktighet kan delas in i tre delar: rätt till information, rätt att bli hörd och rätt till inflytande och självbestämmande. Ett barns delaktighet behöver inte enbart handla om att barnet ska få bestämma utan det kan handla om andra faktorer som ökar delaktigheten (Socialstyrelsen, 2015).

Barn i vården

De flesta barn i Sverige kommer ha kontakt med hälso- och sjukvård någon gång under sin uppväxt. Enligt statistikmyndigheten bor det cirka två miljoner barn i Sverige (Statistiska centralbyrån, 2019). Det finns i dagsläget ingen aktuell övergripande statistik kring små barns hälsa i allmänhet eller inom barnhälsovården. Detta beroende av att ingen färdigutvecklad databas finns att följa gällande barn i vården (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Omkring 170 000 barn söker akutsjukvård varje år på grund av skador eller förgiftningar (Socialstyrelsen, 2015). I Sverige tar majoriteten av akutmottagningarna emot både barn och vuxna (Andersson et al., 2014). Barn är inte små vuxna och särskiljer sig fysiologiskt, psykiskt och i sjukdomspanorama. Pediatriska kunskapen hos den grundutbildade sjuksköterskan har visat sig vara otillräcklig för att sjuksköterskan ska känna sig trygg i omvårdnaden av det sjuka barnet (Offord, 2010).

Sverige har antagit den globala resolutionen Agenda 2030 för hållbar utveckling som syftar till att uppnå en socialt, miljömässigt och ekonomiskt hållbar utveckling världen över. Flera av målen i resolutionen handlar om barns hälsa och välbefinnande. Agenda 2030 vill särskilt stärka utsatta grupper, vilket barn kan anses vara (Folkhälsomyndigheten, 2020).

Barnets kognitiva utveckling i det vårdande sammanhanget

Barns utveckling är en komplex process som sker kontinuerligt från barnets födelse till vuxen ålder (Harris et al., 2013). Barn är ej små vuxna, barnets åsikter och upplevelse av sin sjukdom och av vården baseras utifrån barnets individuella tidigare erfarenheter (Myant & Williams, 2005). Barnets mognad har betydelse för dennes förståelse av innebörden av att vara sjuk och kunna förstå information om tänkt behandling. Barn kan inte ge sitt informerade samtycke eftersom de är omyndiga i lagens mening och bedöms inte ha kognitiv kapacitet att ta beslut gällande samtycke i sin vård. Det blir i stället barnets vårdnadshavare som får ta del av beslutsfattandet i barnets vård. Det är etiskt essentiellt att engagera barnet i sin vård trots att barnet är omyndigt. Barn besitter kompetens att fatta beslut gällande sin vård i olika utsträckning och i olika former beroende på dess kognitiva utveckling (Harris et al, 2013).

Barn i åldrarna noll till två år är i stor utsträckning beroende av sina föräldrar. Barnets verbala förmåga är inte fullt utvecklad och barnet lär sig i denna ålder att använda sin kropp i rörelse och utvecklar sina sinnen. Främsta orsaken till oro i denna ålder är separationen från sina föräldrar, när det är möjligt bör därför föräldrarna uppmuntras att stanna kvar hos barnet. Hälso- och sjukvårdspersonalens sjukhuskläder och det faktum att de är okända för barnet kan öka stressnivån hos barnet. Om föräldrar ej är närvarande vid vårdbesöket kan hälso- och sjukvårdspersonalen försöka minska barnets oro genom att distrahera barnet med hjälp av olika sensorisk input (Harris et al., 2013).

Barn i åldern två till sju år har inte utvecklat förmågan till logiskt- och abstrakt tänkande men kan förstå enklare samband mellan orsak och effekt. Barnet har en livlig fantasi och kan ha vanföreställningar om att sjukdomen är ett straff för något som barnet har gjort eller

tänkt. Barnet har ett växande verbalt ordförråd. Vårdpersonal riskerar att missbedöma barnets kapacitet gällande att ha en övertro att barnet är mer införstådd i sin situation än vad det egentligen är. Oftast krävs ett mer abstrakt tänkande än vad barnet har kapacitet till för att förstå vad som en viss intervention innebär. I sådana situationer kan barnet uppleva oro och förlorad autonomi i samband med vården (Salmela et al., 2011; Harris et al., 2013).

Enligt Harris et al. (2013) har barn i åldrarna sju till elva år utvecklat förmågan till ett mer rationellt- och abstrakt tänkande. Barnet kan förstå orsak och verkan och hypotetiska resonemang. De faktorer som barnet kan uppleva som obehagligt och/eller stressande kan vara missuppfattningar kring sin vård och rädsla för smärta (Harris et al., 2013). Barnet upplever ofta separation från sin familj som stressande (Harris et al., 2013; Panella, 2016). I likhet med barn i förskoleåldern kan barnet ha vanföreställningar kring varför det blivit sjukt (Harris et al., 2013).

Barn i åldern 11 år och uppåt har ett mer moget tankesätt med möjlighet till ett abstrakt tänkande. Barnet kan förstå orsakssamband. I och med att barnet är mer införstådd i sin situation kan det medföra att barnet kan ha större farhågor inför interventioner som kan ge negativa konsekvenser för barnet såsom misspdydande operationsärr (Harris et al., 2013).

Barnets perspektiv i det vårdande sammanhanget

I intervjustudier har det visat sig att otrygghet hos barn har kunnat uppstå i sjukhusmiljö av olika anledningar. Det kan handla om att barnet fysiskt befunnit sig i en främmande miljö, upplevelsen att vara sjuk eller skadad, möta och lita på främmande människor samt procedurer utförda av sjuksköterskan (Bull & Gillies, 2007; Salmela et al., 2011). Vårdhandlingar som barnet inte ville delta i, exempelvis smärtsamma procedurer, upplevdes av barnet som integritetskränkande (Salmela et al., 2011).

Barn som varit inlagda på sjukhus upplevde att de behövde vårdpersonalens godkännande för att utföra vissa saker och de kunde även tycka det var skrämmande att ställa frågor till vårdpersonalen. Det kunde resultera i en känsla av bristande autonomi hos det sjuka barnet och leda till onödiga farhågor inför kommande vårdinterventioner. Barn behövde få information inför interventioner (Bray et al., 2019; Coyne, 2006) och få veta att deras åsikt värderas högt och tas hänsyn till. De insatser som sätts in för att barn-centrera vården minskar inte bara lidandet hos barnet idag utan lägger även grunden för hur framtida vårderfarenheter kommer att tas emot av barnet (Coyne, 2006).

Barn mellan sju och tio år som varit sjuka har återgett att de blivit rädda för hur kroppen har upplevts vid sjukdomen och att de därför tappat tilltron på sin kropp. Barnen skildrade liknelser med att vara fånge i sin egen kropp (Forsner et al., 2005). Barn som varit inlagda på sjukhus en längre tid uppger att symtom kopplat till sjukdomen bidrog till att de kände sig otrygga och att behöva separeras från sin familj var en ytterligare faktor till upplevd otrygghet (Pelander & Leino-Kilpi, 2010).

Barn har inte alltid realistiska uppfattningar kring hur det är att vara på sjukhus vilket beror på den naturliga bristen av erfarenhet som barnet besitter. Barnets uppfattning kring hur det är att vara på sjukhus baseras eventuellt enbart på från vad barnet har sett på tv-program eller barnets tidigare erfarenhet från att ha besökt en släkting på sjukhus (Forsner et al., 2009). Barns uppfattning om hälsa förändras hos de barn som varit långvarigt sjuka. De barnen får en smalare uppfattning om vad hälsa innebär än sina jämnåriga som inte varit långvarigt sjuka (Lima et al., 2017).

Delaktighet- att involvera

I denna litteraturöversikt likställs att involvera barnet med att göra barnet delaktig. Involvera definieras enligt Svenska Akademiens ordbok som att innefatta, indraga och inneslutas (Svenska Akademiens ordbok, 2021). Delaktighet kan definieras på många sätt (Nilsson et al., 2019; Imms et al., 2016) och i olika studier kring delaktighet råder inte konsensus i hur författarna definierat begreppet. Delaktighet kan beskrivas som exempelvis fysisk närvaro eller som social involvering. Studier kan belysa objektiv delaktighet eller subjektiv delaktighet. Det gör att det svårnavigerat när man vill jämföra olika studier gällande delaktighet. Det är viktigt att författarna till olika studier kring delaktighet definierar begreppet tydligt så det blir möjligt att jämföra olika studiers resultat kring delaktighet (Imms et al., 2016).

Att få känna att man får vara delaktig är en fundamental förutsättning för både vuxnas och barns hälsa. Ohälsa har ett uppenbart samband med begränsad delaktighet (Eriksson & Lindström, 2008). I omvårdnaden måste det tas hänsyn till personen som är sjuk som individ inte enbart fokusera på att bota sjukdomen (Fries, 2020).

I sjuksköterskans kompetensbeskrivning belyses att sjuksköterskan ska värna om den sjuka personen rättigheter samt förse personen med relevant information som möjliggör det för personen att medverka i sin egen vård (Svensk sjuksköterskeförening, 2017).

Personer som var sjuka har beskrivit att de upplevde sig delaktiga när de fått tydlig information om sin sjukdom och sin behandling så att de har känt sig väl förberedda för att kunna dela beslutsfattandet. Personerna som varit sjuka beskriver även att de känt sig delaktiga när de upplevt att de är förstådda, trygga och säkra i mötet med hälso- och sjukvårdspersonalen (Siouta et al. 2016).

I Nilsson et al. (2019) begreppsanalys betonas att grunden för patientdeltagande är lärande, omtänksamhet och ömsesidighet. Patientdelaktighet enbart kommer att fungera om relationen mellan sjuksköterskan och den sjuka personen är god. Sjuksköterskan måste ha ett engagemang i den sjuka personens omvårdnad och kunna dela med sig av kunskap och kunna informera personen för att möjliggöra delaktighet. Maktbalansen mellan sjuksköterska och personen som är sjuk måste bli mer jämställd.

Delat beslutsfattande är en evidensbaserad metod som främjar delaktighet och samverkan mellan personen som är sjuk, dennes familj och vårdpersonalen. Det är en form av välgrundat informerat beslutsfattande som syftar till att balansera maktbalansen mellan personen som är sjuk och hälso- och sjukvårdspersonalen. Delat beslutsfattande tar hänsyn till flera olika aspekter såsom: den medicinska evidensen, den kliniska expertisen och den sjuka personens preferenser, värderingar, åsikter och livssituation (Blair & Légaré, 2015; Légaré et al., 2011).

I det här arbetet likställs även begreppet delaktighet med begreppet patientdelaktighet. I Eldh (2019) beskrivs patientdelaktighet som något som handlar om ett ömsesidigt partnerskap där personen som är sjuk är expert på sina symtom och sin situation och sjuksköterskan är expert på omvårdnaden (Eldh, 2019).

Barns delaktighet

Barn upplever att delaktigheten inte håller måttet inom sjukvården (Socialstyrelsen, 2015). I intervjustudier har det visat sig att otrygghet hos barn kunnat uppstå i sjukhusmiljö av olika anledningar. Det kan handla om att barnet fysiskt befunnit sig i en främmande miljö,

upplevelsen att vara sjuk eller skadad, möta och lita på främmande människor samt procedurer utförda av sjuksköterskan (Bull & Gillies, 2007; Salmela et al., 2011). Vårdhandlingar som barnet inte ville delta i, exempelvis smärtsamma procedurer, upplevdes av barnet som integritetskränkande (Salmela et al., 2011). Barns uppfattning var att vårdpersonal inte tror att barnet är kapabelt att förmedla sina uppfattningar och känslor och barnet löper därmed större risk att inte tas på allvar gällande sina känslor och åsikter (Coyne & Kirwan, 2012).

Dahav & Sjöström-Strand (2017) betonar vikten av att vårdpersonalen involverar familjen i vården av barnet som är sjukt. Föräldrarna i studien belyste att de tyckte det var helt nödvändigt för deras barn och för sig själva att vara delaktiga i vården. De uttryckte tacksamhet gentemot vårdpersonalen som bjudit in till delaktighet och respekterat deras åsikt kring barnets vård. Barn som hade bjudits in till delaktighet i sin vård och att fått tagit del av information och beslut gällande sig själva, upplevde större välbefinnande och barnen blev mer följsamma i behandlingen (Shoshani & Kanat-Maymon, 2018).

Shier (2001) beskriver en modell av delaktighet för barn som grundas i artikel 12.1 i barnkonventionen. Modellen består av fem olika nivåer av delaktighet. Första nivån är att vuxna ska lyssna på barnets åsikter och önskemål. Det kan dock vara problematiskt när alla barn inte vågar göra sin röst hörd eller av annan orsak inte kan kommunicera sina önskemål. Andra nivån går ut på att den vuxna ska försöka skapa förutsättningar för barnet att kunna uttrycka sig. I den tredje nivån ska den vuxna ta hänsyn till barnens åsikter vid olika beslut som rör barnet. I de fall då det ej är möjligt eller lämpligt att ta barnets åsikter eller önskemål i beaktande ska barnet få återkoppling och information om varför det inte var möjligt och vilka alternativ som finns att välja istället. Fjärde nivån erhåller barnet mer makt genom att barnet är aktivt delaktig i diskussioner kring beslut rörande barnet själv med den vuxne. Den femte nivån innebär att den vuxna överlåter en del av beslutsmakten till barnet. Barnet ska inte tvingas till delaktighet utan är delaktig i den nivå som är passande utifrån individ, mognad och ålder.

Omvårdnad

Den personcentrerade omvårdnaden är sjuksköterskans specifika kompetens, omvårdnaden ska grundas i en humanistisk människosyn. Sjuksköterskan ska självständigt och i partnerskap med patienten och dennes närstående ansvara för omvårdnaden på ett sådant sätt så att patientens värdighet och integritet bibehålls. Det krävs god kompetens att kunna etablera en förtroendefull relation med patienten och dennes närstående (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Sjuksköterskan måste inte enbart se till den sjuka personens fysiska behov utan även se till de känslomässiga behoven hos personen (McCarthy et al., 2013). Personen som är sjuk ska i så stor utsträckning som det är möjligt kunna få vara oberoende och självbestämmande. Omvårdnadens trygghet vilar på en god relation mellan sjuksköterskan, personen som är sjuk och dennes närstående (Ekman et al., 2011).

O'Connor et al. (2019) belyser att för att delaktighet ska kunna möjliggöras hos barnet som är sjukt måste man även se till barnets familj. Vården behöver vara familjecentrerad för att kunna vara personcentrerad. Det grundas i ett ömsesidigt partnerskap mellan vårdpersonal och personen som är sjuk med familj. Det finns evidens för att sjuksköterskor vill arbeta utifrån ett familjecentrerat förhållningssätt vården med barnet som är sjuk (O'Connor et al., 2019). Familjecentrerad vård är ett måste för att kunna ge en högkvalitativ vård av ett barn som är sjukt. Genom partnerskap med familjen i vården så förbättras inte bara hälsan för personen som är sjuk utan ger även högre tillfredsställelse för den sjuka personen och

dennes familj. Varje familj är unik och behöver mötas utifrån det och bjudas in till delaktighet utifrån deras egen vilja och förutsättningar (Dadlez et al., 2018). I Wigert et al. (2014) betonas vikten av att föräldrarna kände sig inbjudna att delta i sitt barns vård. Att vårdpersonalen tog sig tid att kommunicera och förklara barnets vård och behandling var essentiellt. Delaktigheten i sitt barns vård stärkte bandet mellan barn och förälder. Ett ömsesidigt förtroende för samarbetet mellan vårdpersonal och föräldrar kunde då uppstå. Bristande kommunikation från vårdpersonalens sida ökade däremot föräldrarnas upplevda lidande med känslan av övergivenhet.

Familjecentrerad vård höjer tryggheten och säkerheten kring vården av det sjuka barnet. Föräldrarna fungerar som en bro mellan vårdpersonalen och barnet. Föräldrarna kan hjälpa sitt barn att förmedla sin upplevelse av exempelvis vårdsituationen, smärta och hälsa. Därigenom ökas delaktigheten för barnet och för föräldrarna (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Föräldrarna kan genom att vara närvarande vid barnets vårdmöte, lindra barnets oro och rädsla vilket leder till mindre lidande för barnet. Föräldrarna kan vara delaktiga i vårdandet genom att försöka avleda barnet vid smärtsamma procedurer, de kan till exempel läsa för barnet eller prata om något annat som för bort barnets tankar från den aktuella situationen. Med hjälp av positiv förstärkning kan föräldrarna vara delaktiga i att motivera barnet till att delta i olika vårdprocedurer som syftar till att förbättra hälsan hos barnet (He et al., 2007).

Existerande hinder till en mer personcentrerad vård och familjeorienterad vård kan vara bristande rutiner, motstånd från organisationen och negativa attityder (O'Connor et al., 2019). Scholl et al. (2018) betonar att sjukvården måste arbeta på organisatorisk nivå för att implementera rutiner för ökad delaktighet hos den individuella patienten.

Sjuksköterskans teamarbete

Att kunna samverka i team är en viktig del i sjuksköterskans kompetens. Teamsamarbete främjar och kompletterar de olika professionernas kompetens och öppnar upp för att kunna ge en god och säker hälso- och sjukvård. En legitimerad sjuksköterska ska kunna ta ansvar för omvårdnadskompetensen i teamsamarbetet (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Ett interprofessionellt team innebär att teamet består av olika professioner med ett gemensamt fokus: personen som är sjuk (Reeves et al., 2018). Olika professioner inom vården är överens om att genom att samarbeta tillsammans i team och med patienten själv i beslut gällande patienten kan välinformerade beslut fattas (Dunn et al., 2018). Att samverka i team har visat sig minska risken för att missa att utföra omvårdnadsinsatser (Ghezal et al., 2021). Teamarbetet ska resultera i en funktionell synergieffekt där teamets kompetens är större än de enskilda teammedlemmarnas kompetens var för sig (Sandberg, 2010). Hälso- och sjukvårdspersonalens teamarbete anses vara essentiellt för att kunna möta barnets och dennes föräldrars komplexa behov (Szafran et al., 2018; Foley et al., 2014).

Teoretisk utgångspunkt- vårdande och icke-vårdande möten

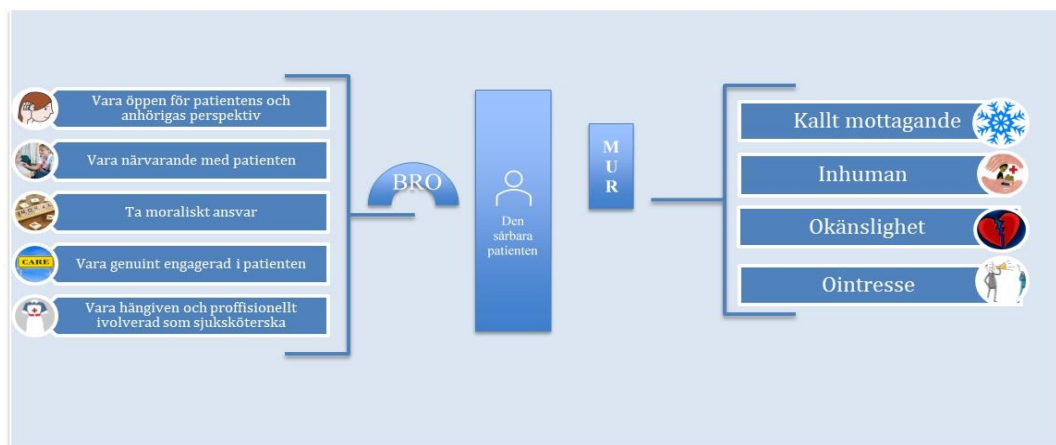
Denna teoretiska utgångspunkt valdes då ett vårdande möte med förtroende och tillit är en nyckel för att öka deltagandet i vården. Halldórsdóttirs omvårdnadsteori om vårdande och icke vårdande möten användes som stöd i resultatdiskussionen.

Omvårdnadsteoretikern Sigridur Halldórsdóttir (1996) har författat en omvårdnadsteori som behandlar de icke-vårdande och det vårdande mötet ur patienternas perspektiv. Teorin belyser vårdmötet med hjälp av två metaforer, bron och muren som står för vårdmötenas möjligheter och hinder.

Bron representerar distans och professionalism hos vårdpersonalen i det vårdande mötet. En bro bildas när patienten får förtroende och har tillit till vårdpersonalen. Professionalism innebär att vårdpersonalen bör agera kompetent, omtänksamt och vara drivande i kontaktskapandet. Omtänksamhet kan handla om att visa respekt och öppenhet mot patienten och dennes närstående, ha en aktiv närvaro och visa på äkthet i bemötandet (Halldórsdóttir, 1996). En bro skapar distans mellan den ena och den andra sidan, men ger även tillgänglighet, på likadant sätt bör vårdrelationen vara. Om inte distansen finns så skulle vårdrelationen kunna upplevas som olämplig. För att brobygget ska hålla behövs distans för att inte bron ska bli för tät. Distanseringen ska vara respektfull och inte upplevas kylig (Halldórsdóttir, 2008).

Muren representerar bristande professionalism i vårdmötet. Med bristande professionalism menas att vårdpersonalen är ointresserade av patienterna som personer. Vårdpersonalen beskrivs vara inkompetenta, inhumana, okänsliga, kalla och inte bry sig om patienten i det vårdande mötet. Den negativa effekten av ett ickevårdande möte är berövande av patientens självständighet. Sammantaget leder den sorts bemötande av vårdpersonalen till ett ökat lidande hos patienten (Halldórsdóttir, 1996).

Halldórsdóttir beskriver att det finns olika förutsättningar för att vårdrelationen ska kunna förbättras. Det väsentliga i vårdrelationen är ett spirituellt engagemang, vilket leder till en livgivande vårdrelation. Den livgivande vårdrelationen beskrivs som den högsta dimensionen en vårdrelation kan ha (Halldórsdóttir, 2008). Det finns sex grundsteg i vårdrelationens uppbyggnad enligt Halldórsdóttir (1996; 2008) där det första steget är att skapa kontakt, oavsett vem som startade kontakten, patient eller vårdpersonal, är det av vikt att den besvaras. Steg två är att vårdpersonal och patienten måste börja se varandra som människor och på så sätt radera anonymitet. Tredje steget är erkännande av anknytning som bekräftar kontakten mellan patient och vårdpersonalen. I det fjärde steget ska sanningsenlighet mellan vårdpersonalen och patient uppnås, man vågar vara ärliga mot varandra. Sammanhållning eller solidaritet är det femte steget, det innebär att patienten upplever att vårdpersonalen står på hans sida, jämlikhet uppstår sinsemellan och patienten känner sig mindre sårbar. Till sist så i det sjätte steget, ska vårdpersonalen uppnått full förståelse för vårdrelationen, genom den förståelsen ska vårdaren kunna ge omsorg på bästa sätt. Patienten upplever en "sann uppgörelse med vården" och slutar känna sig som en patient (Halldórsdóttir, 1996; 2008). Det professionella vårdandet ska leda till ökat välmående och större autonomi för patienten (Halldórsdóttir, 1996).



Figur 1 Schematisk skiss över vårdande- och ickevårdande möten med patienten utifrån omvårdnadsteoretikern Halldórsdóttir teori (Halldórsdóttir, 1996). Skapad av Michaela Waljanson.

Problemformulering

Det finns ett stort antal barn som söker vård och de befinner sig i en extra utsatt position på grund av att de ej är myndiga och ibland saknar mognad för förståelse för sin situation. Dessa barn möter i många fall grundutbildade sjuksköterskor eftersom de flesta sjuksköterskor som arbetar på exempelvis akutmottagningar, där även barn vårdas, inte specialistutbildade inom pediatrik. Det är därför viktigt att sjuksköterskan i sitt omvårdnadsarbete har ett personcentrerat förhållningssätt i vårdandet och ser till att skapa en allians med barnet som är somatiskt sjuk. För att det ska kunna ske krävs att barnet bjuds in till att aktivt delta i beslutsfattandet gällande dennes vård. Dessutom ska sjuksköterskan för att kunna ge en god och säker vård samverka i team med annan vårdpersonal gällande beslut som berör barnet. Delaktighet är en grundpelare för god vård och god hälsa. Dessutom har barn laglig rätt till att få vara delaktiga i den vård som berör dem själva. Ökad kunskap gällande det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden är av vikt. Ett tillvägagångssätt att stärka kunskap hos vårdpersonalen är att lära av tidigare upplevelser. Därför är det viktigt att belysa hur sjuksköterskor i synnerhet och övrig vårdpersonal upplevt hur det somatiskt sjuka barnets delaktighet tidigare varit i omvårdnaden. Utöver detta skapar ökad kunskap även möjligheten att utveckla arbetet med patientdelaktighet och förbättra den personcentrerade och barncentrerade omvårdnaden av det somatiskt sjuka barnet. I dag finns inga tydliga handlingsstrategier för hur patientdeltagandet för barnet ska gå till.

SYFE

Att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i sin egen omvårdnad.

METOD

Design

Studiedesignen i detta arbete är en icke-systematisk litteraturöversikt. Rosén (2017) belyser att litteraturstudier syftar till att ge en översiktlig bild av forskningsläget gällande en specifik avgränsad undersökningsfråga. Litteraturstudier kan genomföras på ett systematiskt eller icke-systematiskt sätt (Rosén, 2017). Vid en systematisk litteraturstudie genomförs en total genomgång av all relevant litteratur gällande en viss frågeställning medan i en icke-systematisk litteraturstudie utförs en mindre omfattande genomgång av enbart utvald litteratur (Kristensson, 2014). Vid litteraturstudier ska sådan precision och tillförlitlighet genomsyra arbetet att det blir lika trovärdigt som de primära källorna som återges (Olsson & Sörensen, 2011).

Urval

En litteraturstudie skall kunna återskapas av läsaren. När en litteraturstudie utformas systematiskt med begränsade inklusions- och exklusionskriterier blir studien av högre kvalitet (Polit & Beck, 2016). Tydliga inklusionskriterier är viktigt för litteraturöversiktens tillförlitlighet (Rosén, 2017).

Avgränsningar

Databaserna Public Medline [PubMed] och Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature [CINAHL] har använts vid artikelsökningar i denna icke-systematiska litteraturöversikt. Databaserna valdes eftersom de innehåller artiklar inom omvårdnad som går i linje med syftet i denna icke-systematiska litteraturöversikt. För att förenkla

datainsamlingen så kan avgränsningar i sökningen i databaserna vara lämpligt eftersom de artiklar som inte svarar på syftet sorteras bort innan analysdelen (Karlsson, 2017).

Avgränsningar i databassökningarna gällande vilka typer av studier som är inräknade, vilket språk, tid och om artikeln är "peer reviewed" tillämpades (Friberg, 2017). Tillförlitligheten av artikeln ökar om den är "peer reviewed" eftersom den då är granskad av flera utomstående forskare (Kristensson, 2014). En litteraturöversikt ska generera en översikt av det aktuella forskningsläget i en specifik fråga och bör bestå av aktuella artiklar för att ge en klar bild av det faktiska forskningsläget (Polit & Beck, 2016). Artiklarna i denna studie kommer från Sverige eller internationellt och är skrivna på svenska eller engelska. Artiklar publicerade under en tioårsperiod, 2011–2021 och som vara relevanta för syftet har inkluderats för att enbart få med aktuell forskning. Sekundärkällor exkluderades eftersom primärkällor ger högre vetenskaplig kvalitet på arbetet (Mårtensson & Fridlund, 2017). För att litteraturstudien skall bli etiskt godtagbar, utelämnades artiklar som inte var etiskt övervägda (Kjellström, 2017).

Inklusionskriterier

Kvalitativa och kvantitativa studier inkluderades i detta arbete. Resultaten i kvalitativa studier beskriver upplevelser och fenomen hos studiedeltagarna (Danielsson, 2017). Vid kvantitativa studier tillåts deltagaren att själv skatta sin subjektiva upplevelse av fenomenet (Billhult, 2017). Artiklarna som granskades, inkluderade studier som belyser hälso-och sjukvårdspersonalens upplevelser av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden. Fokus låg på begreppet delaktighet. Artiklar som berör det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden i åldrarna 0–18 har inkluderats.

Exklusionskriterier

Artiklar som ej är relevanta för valt syftet samt icke-vetenskapliga artiklar och rapporter från utvecklingsprojekt exkluderades. Artiklar som enbart beskriver barnets eller föräldrars perspektiv exkluderades då syftet är att belysa hälso-och sjukvårdspersonalens upplevelser av delaktighet i omvårdnaden hos det somatiskt sjuka barnet. Artiklar som specifikt handlar om delaktighet i omvårdnaden hos barn med neuropsykiatriska funktionsvariationer exkluderades för att få ett mer homogent resultat. Artiklar med annan vårdkontext än sjukhus exkluderades.

Datainsamling

Datainsamlingsprocessen startades med utgångspunkt från beskriven problemformulering och syfte. Sökstrategin i en litteraturöversikt är avgörande för studiens reproducerbarhet (Rosén, 2017). Utvalda databaser för sökning blev PubMed och databasen CINAHL. PubMed är den största databasen för inhämtning av vetenskapliga artiklar, främst inom medicinsk vetenskap men även omvårdnad. CINAHL främsta inriktning är omvårdnad och vårdvetenskap. Databaserna valdes efter syftet för att finna artiklar som hade fokus på valt område. Vid artikelsökning är val av minst två databaser väsentligt eftersom de olika databaserna har olika innehåll (Kristensson, 2014). En grundlig kartläggning av relevanta termer genomfördes i samråd med bibliotekarie på Sophiahemmet Högskola för att hitta adekvata söktermer. Det lades stor vikt på att identifiera nyckelord och indexeringsord. Enligt Kristensson (2014) så ska sökorden vara så pass sensitiva att relevant litteratur urskiljes och så pass specifika så för forskningsfrågan att icke relevanta studier för forskningsfrågan sällas bort (Kristensson, 2014). Sökningarna gjordes med hjälp av "Medical Subject Heading" [MeSH] termer samt title/abstract [ti/ab] i PubMed och i CINAHL med hjälp av "Subject Headings" [MH] samt fritextord. Användning av MeSH-

termer och MH-termer leder till mer precisa sökningar. Fritextord användes då relevanta artiklar ej framkommit vid sökningar med endast MH-termer. Fritextord är ord som inte finns i databasernas ordböcker (Kristensson, 2017). För att sökningar skulle bli välanpassade för syftet så användes de booleska operatorerna AND, OR och NOT som är termer som används för att kombinera för att precisera sökningarna (Polit & Beck, 2016).

I de utförda databassökningarna delades de utvalda bärande begreppen/termerna in i olika block. Det första blocket innehöll termer om den valda patientgruppen. I första blocket valdes exempelvis termerna: "children", "child", "hospitalized, adolescent". I det andra blocket valdes termer som handlade om delaktighet såsom: "decision making", "patient participation", "participation", "decision making, shared", "involvement". I det tredje och sista blocket valdes termer som berörde hälso-och sjukvårdspersonal såsom: "healthcare professionals perspective", "nurse-patient relations", "nurses", "nurse's role", "nursing care", "pediatric nursing", "nurse-patient relations". Dessa presenteras nedan i (Tabell 1).

Totalt genomfördes sex sökningar med ovan nämnda termer och booleska operationer, varav fyra sökningar var i databasen PubMed och en sökning i databasen CINAHL samt en manuell sökning i "similar articles" på PubMed. Den första sökningen i PubMed resulterade i 310 träffar, varav fyra artiklar slutligen inkluderades i denna studie. Den andra sökningen som skedde i CINAHL resulterade i 421 träffar varav två studier slutligen inkluderades. Den tredje sökningen som skedde i PubMed resulterade i 73 träffar och två inkluderade artiklar. Den fjärde sökningen som även den skedde i PubMed resulterade i 255 träffar och en inkluderad artikel och den femte sökningen som även den skedde i PubMed resulterade i 31 träffar och en artikel inkluderades. I den manuella sökningen i PubMed utifrån "similar articles" hittades sex artiklar som inkluderades. Presentation av databassökningarna i PubMed och CINAHL samt den manuella sökningen visas i (Tabell 1).

De artiklar som ansågs vara intressanta utifrån titel granskades ytterligare genom en läsning av artikelns abstrakt. Om abstraktet ansågs vara relevant utifrån syfte, så utfördes en djupare läsning av artikeln i sin helhet för att ta reda på exempelvis vilket perspektiv studierna utgår från, vart studien ägt rum och hur omfattande studien är. De artiklar som fortsatt ansågs intressanta och passande för det valda syftet förflyttades till ett slutligt dokument för att sedan bli analyserade ytterligare genom en integrerad analys (Kristensson, 2014).

Tabell 1. Presentation av datainsamling

Databas Datum	Sökord	Antal träffar	Antal lästa abstrakt	Antal lästa artiklar	Antal inkluderade artiklar

PubMed 1/2 2021	((((("children"[Title/Abstract] OR "child"[Title/Abstract] OR "child"[MeSH Terms]) AND ("decision making"[MeSH Terms] OR "patient participation"[MeSH Terms] OR "decision making"[Title/Abstract] OR "patient participation"[Title/Abstract]) AND "participation"[Title/Abstract]) OR "adolescent"[Title/Abstract]) AND "healthcare professionals perspective"[Title/Abstract]) OR "children s participation"[Title/Abstract]) Filters; Published Date; 20110101-20201231, English	310	61	18	4
CINAHL 24/2 2021	(MH Professional-Patient Relations OR MH Professional-Family Relations OR MH Nurse-Patient Relations OR MH Nursing Role OR MH Pediatric Nursing OR MH Nursing Care OR Health Care Professional OR Nurse) AND (MH Consumer Participation OR MH Decision Making OR MH Decision Making, Patient OR MH Decision Making, Shared OR Involvement) AND (MH Child OR MH Child, Hospitalized OR MH Children OR MH Child-centered Care) Filters; Published Date; 20110101-20211231, English, Full text	421	47	16	2
PubMed 15/2 2021	((child-centered[Title/Abstract]) OR (child-centred[Title/Abstract])) AND (care[Title/Abstract]) Filters; in the last 10 years, English	73	8	2	2

PubMed 15/2 2021	(((adolescents[MeSH Terms]) AND (decision making[MeSH Terms])) OR (child-centered care)) AND (health care professionals) Filters; Published Date: 20180101-20201231, English	255	11	3	1
PubMed 15/2 2021	((patient education[Title/Abstract]) AND (((pediatric nursing[MeSH Terms]) OR (nursing care[MeSH Terms])) OR (nursing[MeSH Terms]))) AND (((children[Title/Abstract]) OR (adolescent[MeSH Terms])) OR (child[MeSH Terms])) Filters; Published Date: 20110101-20201231, English	31	2	2	1
Manuell sökning*					6
TOTALT					16

*** Manuell sökning**

Genom att titta på “similar articles” i PubMed kunde artiklar som svarar på valt syfte hittas. I de manuella sökningarna hittades Grahn et al. (2016), Mattsson et al. (2013), Lundberg et al. (2020), Carlsson et al. (2017), Karlsson et al. (2014) och Sahlberg et al. (2020) som alla är inkluderade i tabellen ovan under manuell sökning.

Kvalitetsgranskning

En kvalitetsgranskning utförs för att kunna tolka evidensen i de studier som presenteras i artiklarna som man selekterat ut för sin icke-systematiska litteraturöversikt (Olsson & Sörensen, 2011). Kvalitetsgranskning av artiklarna genomfördes i enlighet med Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) (Bilaga A). För att skapa en god förståelse för vad varje artikel rapporterar krävs en granskning. Detta gör ytterligare ställningstaganden enklare som exempelvis huruvida artikeln svarar på valt syfte samt vilken kvalitet artikeln har (Friberg, 2017). Artiklarna lästes var för sig för att noggrant gå igenom de kriterier som behöver uppfyllas för en hög kvalitet. Samtliga artiklar lästes igenom och bedömdes av båda författarna för att sedan enas om artiklarnas kvalitet. 16 artiklar kvalitetsgranskades med medelhög och hög kvalitet.

Dataanalys

En integrerad analys användes för att sammanställa resultatet och identifiera relevanta kategorier (Kristensson, 2014). En integrerad analys möjliggör presentation av resultatet på ett överskådligt och systematiskt sätt. Analysen utfördes i tre steg: genomläsning, kategorisering och sammanställning. Genomläsning är det första steget, här lästes de utvalda artiklarnas resultat för att identifiera övergripande likheter och skillnader (Kristensson, 2014). I det andra steget identifierades olika kategorier, vilket syftar till att ge en mer överskådlig bild av resultatet. I steg tre så sammanställdes resultatet i de olika kategorierna (Kristensson, 2014). De kategorier som framkommit ligger till grund för underrubrikerna i redovisningen av resultatet.

En genomgång av innehållet i de utvalda artiklarna från databassökningarna genomfördes. Artiklarnas meningsbärande delar, som svarade på det valda syftet, lästes och artiklarna markerades sedan i färgkoder. De som ansågs svara på det valda syftet markerades i grönt. Tillika färgkodades de artiklar som ej svarade på det valda syftet i rött för att på ett tydligt sätt kunna se vilka artiklar som är värda att fortsätta granska (Kristensson, 2014).

Forskningsetiska överväganden

Att vetenskapligt forska syftar till att belysa ett problem eller finna fakta som löser ett befintligt problem, vilket bidrar till nya kunskaper inom området. Vid vetenskaplig forskning så finns krav och riktlinjer att förhålla sig till för att skydda individen och dennes grundläggande mänskliga rättigheter (Olsson & Sörensen, 2011).

För att säkerställa att de mänskliga rättigheterna inte kränks så finns etiska riktlinjer att följa (Kjellström, 2017). Helsingforsdeklarationen är ett styrdokument som antogs 1648 (reviderades senast 2013) av World Medical Association [WMA] (Helgesson, 2015). Helsingforsdeklarationen innehåller etiska riktlinjer gällande medicinsk forskning på människor, som skall följas vid publicering av vetenskapliga artiklar. Deklarationen syftar till att säkerställa att ingen individ skadas eller utnyttjas i forskningssyfte (Helgesson, 2015). Helsingforsdeklarationen betonar vikten av informerat samtycke (Kjellström, 2017). Informerat samtycke går ut på att personen som vill delta i forskningen blir informerade om forskningsprocessen på ett sätt som hen kan förstå och utifrån det sedan kan fatta ett informerat beslut kring sin eventuella medverkan i forskningsprojektet (Helgesson, 2015).

I en litteraturoversikt är det grundläggande att inkludera samtliga resultat som framkommit i litteratursökningen (Helgesson, 2015). I en icke-systematisk litteraturoversikt finns utrymme för författarna att själva välja vilken litteratur som ska ingå i studien, detta är en riskfaktor för trovärdigheten. Det finns risk att artiklar väljs ut till fördel för författarnas hypotes. Avgränsningar och självgranskning gällande partiskhet vid urvalet är av stor vikt för trovärdigheten av den icke-systematiska litteraturoversikten (Friberg, 2017). I detta arbete har självgranskning och avgränsningar implementerats för att minska risken för bias.

Specifika etiska överväganden gällande designen litteraturstudier, som innebär att andra författares material används, ställer krav på att författarna till de artiklar som inkluderats i resultatet redovisat sina etiska ställningstaganden (Kjellström, 2017). Enbart artiklar där det framgår att hänsyn tagits till etiska aspekter inkluderades. Vetenskapliga artiklar som inte är etiskt prövade eller granskade av en etisk nämnd har exkluderats.

RESULTAT

Resultatet av denna icke-systematiska litteraturstudie är sammanställt utifrån 16 vårdvetenskapliga artiklar. I dataanalysprocessen framkom från det övergripande resultatet fyra huvudkategorier och 12 underkategorier. De huvudkategorier som framkom var: betydelsefulla faktorer för barnets delaktighet, föräldrarnas roll för barnets delaktighet, kommunikationens betydelse och barnet som beslutsfattare i sin vård. De underkategorier som framkom var: anpassningar och flexibilitet, vårdmiljön, organisationens och tidsaspektens påverkan för delaktighet, erfarenhetens betydelse för delaktighet, föräldrar som främjar, föräldrar som hindrar, information, verbal och icke-verbal kommunikation, kommunikationshjälpmedel, kommunikation för att skapa en förtroendefull relation, det kompetenta barnet, små beslut- stora vinster och begränsningar i barnets beslutsfattande (Tabell 2).

Tabell 2. Presentation av huvudkategorier och underkategorier

Huvudkategorier	Underkategorier
Betydelsefulla faktorer för barnets delaktighet	Anpassningar och flexibilitet Vårdmiljön, organisationens och tidsaspektens påverkan för delaktighet Erfarenhetens betydelse för delaktighet
Föräldrarnas roll för barnets delaktighet	Föräldrar som främjar Föräldrar som hindrar
Kommunikationens betydelse	Information Verbal och icke-verbal kommunikation Kommunikationshjälpmedel Kommunikation för att skapa en förtroendefull relation
Barnet som beslutsfattare i sin vård	Det kompetenta barnet Små beslut- stora vinster Begränsningar i barnets beslutsfattande

Betydelsefulla faktorer för barnets delaktighet

Anpassningar och flexibilitet

Alla studier visade på att anpassningar i mötet med barnet i det vårdande sammanhanget ansågs av vårdpersonal vara nödvändigt för att kunna öppna upp för delaktighet (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Coyne et al., 2016; Day et al., 2018; Grahn et al., 2016; Karlsson et al., 2014; Kelo et al., 2013; Lundberg et al., 2020; Harder et al., 2016; Harder et al., 2018; Mattsson et al., 2013; Ringnér et al., 2012; Sahlberg et al., 2020; Schalkers et al., 2016; Stålberg et al., 2018; Vaknin & Zisk-Rony, 2011). Sjuksköterskor betonade att det behövdes en rad av stödjande anpassningar i vårdandet. Så som exempelvis: att omvårdnad kombineras med lek. Lek ansågs vara av stor betydelse för att engagera barnet i sin vård (Karlsson et al., 2014). Vårdpersonalen återgav att de använde sig av exempelvis barnvänligt informationsmaterial och utbildningsfilmer och tog hjälp av lekspecialister för att stödja barnets delaktighet (Schalkers et al., 2016).

Sjuksköterskor kunde genom holistisk omvårdnad, ge etiskt god omvårdnad och följa upp barnets känslor och signaler. Barnets välmående var centralt och interventioner anpassades efter barnets förmåga och tidsram (Mattsson et al., 2013). Vårdpersonalen använde sig av ett barnorienterat arbetssätt i mötet med barnet, genom att rikta sig direkt till barnet och anpassa sitt språk (Ringnér et al., 2012). Sjuksköterskor rapporterade att barn som hade nål-relaterad rädsla erbjöds att delta i "nål-skola" där de kunde bearbeta sin rädsla (Sahlberg et al., 2020). En pediatrik sjuksköterska uttryckte att frågan inte var huruvida barnet kan delta i omvårdnaden utan hur hon kunde främja deltagandet på bästa sätt för just det barnet. Enligt en annan pediatrik sjuksköterska kommer inget kunna ske i vårdandet om inte barnet eller barnets föräldrar vill delta (Carlsson et al., 2017). Sjuksköterskor ansåg även att det är viktigt att barnet känner sig betydelsefull och inte ignorerad. Det ansågs vara upp till sjuksköterskan att involvera barnet. En sjuksköterska uttryckte att ett barn som involveras är ett barn som vanligtvis även kommer att samarbeta (Grahn et al., 2016). Vårdpersonalen behöver även anpassa sig rent kroppsligt i mötet genom exempelvis gå ned på knä. Anpassningarna syftade till att ge barnet större förståelse i vårdsituationen och ansågs nödvändigt för att engagera barnet på sina villkor och öka barnets självbestämmande (Harder et al., 2016).

Vårdmiljön, organisationens och tidsaspektens påverkan för delaktighet

Flertalet studier belyste att vårdpersonal erfor att vårdmiljön påverkar barnets möjlighet till deltagande i sin vård (Coyne et al., 2014; Grahn et al., 2016; Harder et al., 2016; Karlsson et al., 2014; Kelo et al., 2013; Lundberg et al., 2020; Sahlberg., 2020; Schalkers et al., 2016). I en studie uttryckte sig vårdpersonalen att de måste skapa en arena som gjorde att barnet kände sig trygg och säker i sjukvårdsmiljön vilket underlättade för delaktigheten och kommunikationen. Vårdpersonalen ansåg även att samarbete i team underlättade kommunikationen med barnet. Eftersom flera olika personer ur personalstyrkan träffade barnet i olika sammanhang och på så sätt fick vårdpersonalen en större förståelse för det unika barnet och dennes förutsättningar för deltagande (Lundberg et al., 2020). Vårdpersonal menade även att det ibland var svårt att involvera barnet på grund av för hög arbetsbelastning (Coyne et al., 2014).

Flertalet studier kom fram till att vårdpersonalen ansåg att tidsfaktorn påverkade barnets delaktighet och man ansåg att tid behövdes för att möjliggöra barnets delaktighet (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Grahn et al., 2016; Karlsson et al., 2014; Kelo et al., 2013; Lundberg et al., 2020; Harder et al., 2016; Schalkers et al., 2016; Sahlberg et al., 2020; Sahlberg et al., 2020). Sjuksköterskorna i studien av Grahn et al. (2016) var

eniga om att tid måste läggas på att bygga förtroende i relationen mellan barn och sjuksköterska, inte bara för mötet just nu utan även för framtida möten (Grahm et al., 2016). Sjuksköterskorna upplevde frustration och stress över att inte kunna ge optimal vård på grund av de nuvarande förhållandena (Sahlberg et al., 2020).

Vårdpersonalen beskrev även att hälso- och sjukvårdsorganisationen på olika sätt inte var tillräckligt anpassad för barnets deltagande (Carlsson et al., 2017; Day et al., 2018; Grahm et al., 2016; Harder et al., 2016; Lundberg et al., 2020; Sahlberg et al., 2020; Schalkers et al., 2016). I två studier hävdade vårdpersonalen att barnets deltagande ansågs vara ett underförstått koncept av vårdorganisationen (Carlsson et al., 2017; Schalkers et al., 2016). Vårdpersonalen utgick ofta från kliniska riktlinjer och rådgjorde med andra inom vården för att avgöra val av behandling. Detta begränsade barns delaktighet i beslutsprocessen (Day et al., 2018). Vårdpersonal ansåg att det finns brister i hur man utvärderar barnets vård, barn får sällan delta i utvärderingar av vården (Schalkers et al., 2016).

Erfarenhetens betydelse för delaktighet

Vårdpersonalen ansåg att deras egen kompetens och erfarenhet var viktig för att kunna ge barnet god vård och öppna upp för delaktighet (Carlsson et al., 2017; Day et al., 2018; Grahm et al., 2015; Harder et al., 2016; Karlsson et al., 2014; Sahlberg et al., 2020; Vaknin & Zisk-Rony, 2011). Nästan 90 procent av vårdpersonalen som deltog i Vaknin & Zisk-Ronys (2011) studie var eniga om att tidigare erfarenheter av att arbeta med barn och föräldrar påverkade graden av barnets delaktighet (Vaknin & Zisk-Rony, 2011). Sjuksköterskans professionalism, kunskap och erfarenhet ansågs av sjuksköterskorna själva vara centralt för att kunna involvera barnet. Sjuksköterskorna ansåg även att ansvaret för mötet med barnet låg på sjuksköterskorna då de är besitter expertiskunskapen (Grahm et al., 2015; Day et al., 2018; Sahlberg et al., 2020).

Föräldrarnas roll för barnets delaktighet

Föräldrar som främjar

I flera studier framkom att vårdpersonal erfor att föräldrarna hade en viktig roll för att främja barnets möjlighet till delaktighet i vården (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Coyne et al., 2016; Day et al., 2018; Grahm et al., 2015; Harder et al., 2016; Harder et al., 2018; Karlsson et al., 2014; Kelo et al., 2013; Lundberg et al., 2020; Sahlberg et al., 2020; Mattsson et al., 2013; Schalkers et al., 2016; Vaknin & Zisk-Rony, 2011). Sjuksköterskor beskrev i studien av Grahm et al. (2015) att föräldrarna har en viktig roll för att skapa ett bra vårdmöte. I vårdmötet kan föräldern ge barnet stöd så att barnet och vårdpersonalen ges möjlighet att skapa en relation sinsemellan. Det är även viktigt att föräldrarna och vårdpersonalen etablerar en förtroendefull relation, vilket sjuksköterskan kan göra genom att lyssna och informera föräldrarna så att de känner sig trygga (Grahm et al., 2015). Vårdpersonal ansåg att besluten som barnet erbjöds behövde vara avstämde med föräldrarna först för att underlätta involverandet av barnet i beslutsfattandet (Coyne et al., 2014; Day et al., 2018). Sjuksköterskorna såg föräldrarna som en viktig del i att skapa en trygg miljö för barnet och förse barnet med information för att på så sätt aktivera barnet i sin egen vård (Sahlberg et al., 2020; Carlsson et al., 2017). Hur stor roll familjen spelade för det äldre barnet var svårt för vårdpersonalen att avgöra då det äldre barnet frigör sig från sina föräldrar men samtidigt var beroende av dem i vårdsituationen. Vårdpersonalen ansåg det viktigt att föräldrarna och barnet fick utrymme att etablera sina roller i beslutsprocessen. Vårdpersonalen ansåg även att föräldrarna och barnet var sammanflätade och att skilja deras åsikter åt gällande omvårdnad och behandling var svårt (Day et al.,

2018). Vårdpersonal samarbetade med föräldrarna för att öka barnets delaktighet genom att ge dem adekvata val, stöd, uppmuntran och bekräfta när de gjorde rätt. På så sätt lärde sig barnet att ta egna beslut (Lundberg et al., 2020). En studie visade att sjuksköterskorna betonade föräldrarnas förmåga att känna av sitt barns känslor, beteende och hur barnet uttrycker sig (Mattsson et al., 2013). Vårdpersonalen erfor att föräldrarna i många fall hade bättre koll än barnet gällande sitt barns hälsohistoria och kunde ge mer detaljerade beskrivningar av deras barns behov (Lundberg et al., 2020; Grahn et al., 2015). På akutmottagningen ansåg sjuksköterskorna att föräldrarnas information gällande barnet var av största vikt (Grahn et al., 2015). Vårdpersonal ansåg att föräldrarna var ansvariga för att informera och förbereda barnet för vårdsituationen så att barnet skulle känna sig trygg (Harder et al., 2016). Vårdpersonalen använde ibland föräldrarna som en tolk eftersom föräldrarna lättare kunde förklara hur barnet kände och enklare kunde tolka barnets signaler (Coyne et al., 2016; Lundberg et al., 2020; Mattsson et al., 2013; Ringnér et al., 2013). Sjuksköterskans familjecentrerade omvårdnad ansågs vara en strategi för att få barnet delaktigt och att kunna få en tydlig bild av barnets behov (Mattsson et al., 2013).

Föräldrar som hindrar

I flertalet studier framkom att vårdpersonal erfor att föräldrarna även kunde försvåra för barnets möjligheter till delaktighet i vården (Coyne et al., 2014; Coyne et al., 2016; Grahn et al., 2015; Harder et al., 2018; Lundberg et al., 2020; Sahlberg et al., 2020). Vårdpersonal menade på att om föräldrarna inte samarbetade med vårdpersonalen eller gav sitt barn det stöd som behövdes försvåras möjligheten att skapa en förtroendefull relation samt att involvera barnet (Coyne et al., 2016; Harder et al., 2018). Vårdpersonal återgav att föräldrar ibland tenderar till att ta över konversationen vilket gör att barnet ej får utrymme att uttrycka sina känslor och åsikter (Sahlberg et al., 2020; Harder et al., 2018). Sjuksköterskor erfor att vissa föräldrar föreföll vara överbeskyddande av sitt barn och var defensiva gällande att kunna ta emot information, vilket påverkade sjuksköterskans relation med barnet negativt (Grahn et al., 2015; Coyne et al., 2016). Vårdpersonal återgav att barn var mer kapabla att hantera information än vad föräldrar insåg och att föräldrarna många gånger underskattade sitt barns förmåga att hantera ansträngda situationer (Coyne et al., 2016).

Kommunikationens betydelse

Information

Vårdpersonal upplevde att informera barnet om vad som planerades och skedde i barnets vård var essentiellt för att barnet skulle känna sig trygg och vara välinformerad i sitt deltagande (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2016; Day et al., 2018; Harder et al., 2016; Harder et al., 2018; Grahn et al., 2016; Lundberg et al., 2020; Karlsson et al., 2014; Kelo et al., 2013; Sahlberg et al., 2020; Ståhlberg et al., 2018). Information ansågs av vårdpersonal vara viktigt för att motverka missförstånd, minska oro, motverka eventuella framtida trauman för barnet och att minska risken för att barn och familj tappar förtroendet för vården (Grahn et al., 2016; Coyne et al., 2016). Vårdpersonalen ansåg att en viktig fråga som behövde ställas vid första mötet med barnet var... ”- vet du varför du är här?”..., utifrån svaret på den frågan kunde man utröna hur mycket information barnet behövde tilldelas (Carlsson et al., 2017). Informationen anpassas till varje barns personlighet, kognitiva kapacitet, mognad och ålder (Coyne et al., 2016).

Vårdpersonal hade olika strategier kring hur mycket och på vilket sätt de gav information till barnet och dennes föräldrar (Coyne et al., 2016; Day et al., 2018). Vissa delade med sig av all information direkt till både barn och föräldrar medan andra hade strategier för att

pytsa ut informationen i mindre bitar över tid. Att man valde att dela upp informationen var för att man ville se hur föräldrarna reagerade (Coyne et al., 2016). Att man delade information ansågs vara ett sätt att involvera barnet men man var mer försiktig att dela med sig av känslig information (Day et al., 2018). Strategier som vårdpersonalen använde sig av var ett förståeligt ordspråk och metaforer i kommunikationen (Carlsson et al., 2017).

Verbal och icke-verbal kommunikation

Vårdpersonalen belyser vikten av att de ska kunna tolka barnets sätt att kommunicera, verbalt eller icke-verbalt (Grahn et al., 2016; Coyne et al., 2016; Lundberg et al., 2020; Harder et al., 2016; Karlsson et al., 2014). Sjuksköterskorna i Grahn et al. (2016) tyckte det var viktigt att kunna tolka barnets signaler för att kunna förstå barnets behov och reaktioner. Barn uppfattades som väldigt observanta samt att sjuksköterskorna uttryckte att kommunikation var mer än bara en dialog. Sjuksköterskorna i studien uttryckte att allt är kommunikation: språket, ögonkontakten, interaktionen och den verbala kommunikationen. Kommunikation användes som ett verktyg för att skapa situationer där barnet skulle känna sig säker och självsäker (Grahn et al., 2016).

Kommunikationshjälpmedel

Vårdpersonal ansåg att e-lösningar kunde bidra till ökad delaktighet hos det somatiskt sjuka barnet (Lundberg et al., 2020; Ståhlberg et al., 2018; Sahlberg et al., 2016). E-hälsolösningar såsom mobilappar och bedömningsformulär uppskattades eftersom exempelvis familjer kunde ta bilder och skicka meddelande som beskrev barnets problem, vilket sedan kunde användas som utgångspunkt i kommunikationen och underlättade för barnets deltagande (Lundberg et al., 2020). Kommunikationshjälpmedel ansågs av vårdpersonal kunna underlätta även i de fall barnets språkliga kunskaper ej var utvecklade eller att barnet var tillbakadraget, genom att den icke-verbala kommunikationen var lättare att framföra och på så sätt gjorde att båda parterna förstår varandra (Ståhlberg et al., 2018).

Kommunikation för att skapa en förtroendefull relation

Vårdpersonal ansåg att det är viktigt att kunna skapa en förtroendefull relation med barnet för att möjliggöra delaktighet (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Coyne et al., 2016; Harder et al., 2018; Lundberg et al., 2020; Sahlberg, 2020; Karlsson et al., 2014; Kelo et al., 2013). Vårdpersonal beskrev att förtroende var grunden för relationen och något som måste förtjänas av vårdpersonalen. Ett ömsesidigt samspel behövdes för att möjliggöra deltagande (Carlsson et al., 2017). I det ömsesidiga deltagandet erfordrade vårdpersonalen att både barnet och vårdpersonalen bidrog med sina perspektiv och de båda anpassar sig efter varandra i vårdmötet och deltagandet baseras på respekt (Harder et al., 2018; Day et al., 2018) och förståelse för barnet i en förtroendefull relation (Harder et al., 2018). Sjuksköterskor betonade att det var viktigt att barnet kände sig trygg nog med sin sjuksköterska så att barnet vågade öppna upp sig (Sahlberg et al., 2020). En sjuksköterska uttryckte att om barnet inte är på din sida kommer barnets vård bli mycket svårare och det kommer även påverka de andra dagliga aktiviteterna som barnet har på avdelningen (Coyne et al., 2014). Vårdpersonalen betonade vikten av att vara ärlig mot barnet och föräldrarna. Att dela med sig av information på ett öppet sätt till barnet och föräldrarna ansågs vara det bästa sättet för att öka barnets förståelse, minska ångest, främja delaktighet och etablera en förtroendefull relation (Coyne et al., 2016; Day et al., 2018; Grahn et al., 2016; Karlsson et al., 2014). Sjuksköterskor ansåg att de fick god förståelse för barnets förmågor och preferenser genom att prata om vardagliga saker, vilket hjälpte till att bygga upp den förtroendefulla relationen (Coyne et al., 2014; Karlsson et al., 2014).

Barnet som beslutsfattare i sin vård

Det kompetenta barnet

Flera studier beskriver att vårdpersonalen uppfattar barnet som kompetent att kommunicera och att delta i sin egen omvårdnad och behandling (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Coyne et al., 2016; Day et al., 2018; Harder et al., 2016; Lundberg et al., 2020; Harder et al., 2018; Schalkers et al., 2016). I en studie belystes det att vårdpersonal uppgav att det var barnets och enbart barnets intresse som de agerade på. Barnet var huvudperson och de vände sig alltid mot barnet när det började prata. Genom att bemöta barnet på det sättet möjliggjorde de för barnet att få känna sig kompetent. Att vårdpersonalen visade respekt inför barnets preferenser öppnade upp för patientdeltagande (Carlsson et al., 2017). Vårdpersonalen ansåg även att det var barnets unika villkor som satte ramarna för hur delaktigheten skulle komma att se ut (Day et al., 2018; Harder et al., 2018; Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Coyne et al., 2016; Karlsson et al., 2014). I Harder et al. (2018) beskrivs att vårdpersonalen ansåg att barnet ska ges möjlighet att ta egna initiativ och ha kontroll över situationen. Barnets ska bjudas in för att få utrymme att berätta om vad som behöver anpassas i vårdmötet för att barnet ska känna sig trygg och kunna få möjlighet att nyttja sina strategier för att hantera situationen (Harder et al., 2018). Vårdpersonalen i en studie ansåg att samtycke från barnet var nödvändigt för att kunna genomföra procedurer som involverade barnet, annars kränktes barnets rättigheter. En pediatrik sjuksköterska uttryckte att om hon skulle göra något utan barnets godkännande skulle det vara extremt stötande för barnet oavsett hur gammalt barnet är (Carlsson et al., 2017). Flertalet vårdpersonal ansåg att man alltid ska ta barnets åsikter i beaktande (Vaknin & Zisk-Rony, 2011).

Små beslut- stora vinster

Vårdpersonal var eniga om att barnets beslutsfattande var begränsat, men att det var viktigt att erbjuda alternativ gällande mindre vardagliga beslut. Dessa små beslut gav barnet kontroll över sin situation och involverade dem i omvårdnaden, vilket hjälpte barnet att hantera sin situation bättre (Carlsson et al., 2017; Coyne et al., 2014; Ståhlberg et al., 2018; Sahlberg et al., 2020; Schalkers et al., 2016). Vårdpersonalen ansåg även att det var få saker som barnet kunde påverka i vården. Därför ansåg vårdpersonalen att de var tvungna att försöka möjliggöra delaktighet i varje möjligt ögonblick. Att vara aktivt närvarande och ta vara på de möjligheter till delaktighet som uppkom i vårdsituationerna var strategier som antogs för att öka barnets delaktighet (Carlsson et al., 2017). Vårdpersonal återgav att de ofta lät barnet få valmöjligheter när vissa procedurer skulle utföras (Carlsson et al., 2017; Schalkers et al., 2016; Sahlberg et al., 2020; Ståhlberg et al., 2018; Coyne et al., 2014). Exempelvis låta barnet välja mellan att få flytande medicin eller i tablettform (Schalkers et al., 2016). Sjuksköterskor försökte ge barnet möjligheter till att delta genom att låta barnet fatta de mindre besluten då barnet inte kunde ta de större besluten, som att välja färg på bandaget (Sahlberg et al., 2020).

Begränsningar i barnets beslutsfattande

Flera studier visade att vårdpersonal erfor att det fanns begränsningar i barnets möjlighet till deltagande (Coyne et al., 2014; Day et al., 2018; Grahn et al., 2016; Lundberg et al., 2020; Ringnér et al., 2012; Schalkers et al., 2016; Vaknin & Zisk-Rony, 2011). Vårdpersonalen vägde möjligheten att arbeta utefter barnets preferenser mot sitt kliniska ansvar att ge god vård (Day et al., 2018). I en studie belyses det att sjuksköterskorna tyckte att det skulle finnas vissa restriktioner gällande barnets delaktighet för barnets egna bästa. De menade på att barnet inte skulle tro att hen hade möjligheten att tacka nej till vissa procedurer eller behandlingar (Grahn et al., 2016). Vårdpersonalen vägde in

flera olika faktorer när de beslutade i hur stor utsträckning barnet inkluderades såsom: barnets beteende, barnets språkliga förmåga, barnets förmåga att uttrycka sig. 80 procent av vårdpersonalen som deltog i Vaknin & Zisk-Ronys studie ansåg att barnets utseende inte hade betydelse för deras vilja att inkludera barnet i vården (Vaknin & Zisk-Rony, 2011). En del av vårdpersonalen ansåg att det inte alltid var rätt att ge barnen alternativ i vården, eftersom det kunde ge barnet falska förhoppningar att de kunde tacka nej till en behandling som de egentligen inte kunde (Coyne et al., 2014; Grahn et al., 2016). Vårdpersonal erfor att barnets medicinska tillstånd påverkade hur delaktig barnet kunde vara. I de akuta och allvarliga tillstånden kunde barnets delaktighet reduceras. I de mindre akuta och allvarliga tillstånden var det större sannolikhet att vårdpersonalen involverade barnet i beslutsfattandet (Coyne et al., 2014; Day et al., 2018; Schalkes et al., 2016). En sjuksköterska uttryckte sig gällande ett barn med en cancerdiagnos att det var svårt att kommunicera information med barnet eftersom sjuksköterskan själv inte visste hur behandlingen skulle fortgå (Day et al., 2018). En sjuksköterska beskrev att hon alltid försökte rikta sig till barnet, men att det ändå ibland slutade med att hon pratade över barnets huvud (Ringnér et al., 2012). Vårdpersonal tyckte det var viktigt att agera utifrån att kunna ta ”rätt” beslut vad gäller omvårdnad och behandling. Personalen ansåg att det var vårdpersonalens ansvar och inte barnets, därför uteslöts barnet och dennes föräldrar från möten där beslut diskuterades (Day et al., 2018). Vårdpersonal ansåg ålder och kompetens som avgörande faktorer när beslut tas om hur delaktig barnet kan vara i behandlingen. Vårdpersonalen var eniga om att ju äldre barnet är desto mer ansvar kan barnet få vad gäller beslut i omvårdnaden (Schalkes et al., 2016). Det ansågs svårt att involvera ett barn i beslutsfattandet om barnet är väldigt ungt (Coyne et al., 2014).

DISKUSSION

Resultatdiskussion

Syftet med den icke-systematiska litteraturöversikten var att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens erfarenheter av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden. Den icke-systematiska litteraturöversikten teoretiska utgångspunkt tog sin ansats i Halldórsdóttirs omvårdnadsteori om vårdande och icke vårdande möten. Det framkom fyra huvudkategorier och tolv underkategorier i resultatet kommer att kopplas samman med bakgrunden samt förstärkas ytterligare av nya artiklar som tillkommit i resultatdiskussionen. De huvudkategorier som framkom var: betydelsefulla faktorer för delaktighet, föräldrarnas roll för barnets delaktighet, kommunikationens betydelse och barnet som beslutsfattare i sin vård.

Det främsta fyndet som framkom i denna litteraturöversikt där alla inkluderade artiklar var eniga om att vårdpersonalen erfor att anpassningar för att möjliggöra delaktighet i vårdmötet med det somatiskt sjuka barnet var essentiellt. Det kunde handla om exempelvis: anpassningar i kroppsspråk, talspråk, lek, miljö och tid. Dessa anpassningar kan ses som metoder för vårdpersonalen att arbeta personcentrerat och möjliggöra för barnets självbestämmande. Den personcentrerade omvårdnaden är sjuksköterskans specifika kompetens (Svensk sjuksköterskeförening, 2017). Begreppet personcentrerad beskrivs av Ekman et al. (2011) som att personen som är sjuk ska i så stor utsträckning som det är möjligt kunna få vara oberoende och självbestämmande (Ekman et al., 2011)

Vårdpersonal erfor att det fanns faktorer som påverkade barnets möjlighet till delaktighet som hade att göra med hälso- och sjukvårdsorganisationen och då framkom personalbrist, hög arbetsbelastning, tidsbrist och själva vårdmiljön vara problematiskt. Flertalet studier

belyste att vårdpersonal ansåg att vårdmiljön påverkar barnets möjlighet till deltagande i sin vård. Tidsfaktorn verkade till synes vara det som en övervägande del av artiklarna belyste att vårdpersonalen ansåg påverkade barnets deltagande. I flera studier beskrev även vårdpersonalen att hälso- och sjukvårdsorganisationen på olika sätt inte var tillräckligt anpassad för barnets deltagande. Ruhe et al. (2016) stärker även detta fynd och resonerar kring att det måste finnas ett utökat stöd och utbildningssystem för vårdpersonal i hur man i klinisk praktik kan göra vården mer barncentrerad (Ruhe et al., 2016). Det framkom även att flertalet artiklar belyste att vårdpersonalen ansåg att deras egen kompetens och erfarenhet var viktig för att kunna ge barnet god vård och öppna upp för delaktighet. Friberg et al. 2016 visar även på kompetensens relevans i sin studie och visar på att sjuksköterskor med enbart grundutbildning hanterar den familjecentrerade vården som bedrivs på pediatrika avdelningar generellt sämre än specialistutbildade sjuksköterskor (Friberg et al., 2016). Kompetensens vikt beskrivs även i Ruhe et al. (2015) där det belyses att sjuksköterskan måste kunna göra en bedömning av barnets önskan och förmåga till delaktighet (Ruhe et al., 2015). Boland. (2019) stärker ytterligare fyndet kring anpassningar och beskriver att det behöver göras anpassningar gällande tid för att öppna upp för möjligheten att praktisera delaktighet i vårdandet av barnet som är sjukt. Det är sjuksköterskans ansvar att bjuda in till delaktighet och beslutsfattande i barnets egen vård. Delaktigheten kan hindras av att barnet uppfattar maktbalansen mellan sjuksköterska och sig själv som för stor (Boland, 2019). Vårdpersonalens egen kompetens kan även kopplas samman med Halldórsdóttir (1996) teori om vårdande och icke-vårdande möten. I vilken det argumenteras att professionalism innebär att vårdpersonalen bör agera kompetent, omtänksamt och vara drivande i kontaktskapandet (Halldórsdóttir, 1996). Det kan antas vara komplicerat för en grundutbildad sjuksköterska att besitta tillräcklig med kompetens för att kunna bedriva en personcentrerad omvårdnad när personen i fråga är ett barn.

Majoriteten av studierna presenterade i sina resultat att vårdpersonal ansåg att föräldrarna hade en viktig roll för att främja barnets möjlighet till delaktighet i vården. Utifrån Halldórsdóttirs omvårdnadsteori om vårdande och icke-vårdande möten kan man likna föräldrarna som en bro som gör det möjligt för hälso- och sjukvårdspersonalen att nå fram till barnet i det vårdande mötet (Halldórsdóttir, 1996). Även Mikkelsen & Frederiksen (2011) anser att familjecentrerad vård höjer tryggheten och säkerheten kring vården av det sjuka barnet och att föräldrarna fungerar som en bro mellan vårdgivaren och barnet. Föräldrarna kan hjälpa sitt barn att förmedla sin upplevelse av exempelvis vårdsituationen, smärta och hälsa (Mikkelsen & Frederiksen, 2011). Detta stöds även av Smith et al. (2015) konceptanalys som menar på att familjecentrerad vård innebär att hälso- och sjukvårdspersonalen bedömer föräldrarnas sakkunskap och kunskap om sitt barn och därefter kan anpassa information och sedan upprättar en förtroendefull relation med barnet och familjen vilket underlättar för barnets och föräldrarnas delaktighet och därigenom välmående.

Resultatet visade även att en del vårdpersonal erfor att föräldrarna även kunde påverka barnets deltagande i sin vård negativt. Detta kunde handla om att föräldrarna lät sin egen oro gå ut över barnet, eller att de inte lät barnet prata själv. Det kan tänkas att det är svårt och kräver erfarenhet och aktsamhet av sjuksköterskan för att lyckas manövrera relationen mellan barn och förälder för att försöka främja barnets delaktighet utan att sära eller kränka föräldrarna. I de fall då föräldrarna inte vill göra barnet delaktigt kan man koppla det till Halldórsdóttir (1996) teori om vårdande och ickevårdande möten. Då liknas föräldrarna i detta fall med "muren" som står i vägen för barnets delaktighet och därmed det vårdande mötet med vårdpersonalen (Halldórsdóttir, 1996). Att föräldrarna i

vårdsituationen kan hindra barnets delaktighet beskrivs även i Vasey et al. (2019) där observerades att föräldrarna gärna agerade som "advokater" åt sina barn även i situationer där det faktiskt inte behövdes (Vasey et al., 2019). Att vårdpersonal ansåg att föräldrarna kunde påverka barnets delaktighet negativt genom att föra barnets talan var en faktor som inte författarna till denna studie själva hade reflekterat över tidigare.

Flertalet studier kom fram till i deras resultat att vårdpersonal ansåg att informera barnet om vad som planerades och skedde i barnets vård ansågs essentiellt för att barnet skulle känna sig trygg och vara välinformerad i sitt deltagande. Information ansågs av vårdpersonal vara viktigt för att motverka missförstånd, minska oro och minska risken för eventuella framtida trauman för barnet eller att barn och familj tappar förtroendet för vården (Grahn et al., 2016; Coyne et al., 2016). Detta förstärks även utifrån barnets perspektiv i Koller (2017) att barn som hade erhållit mer kunskap om sitt hälsotillstånd kunde hantera sin situation bättre och sjukdomsinsikt ansågs även vara ett bra "mått" på hur pass mycket involverat barnet hade blivit i sin vård (Koller, 2017). I Bray et al. (2019) belyses att barn själva anser det vara en nödvändighet att bli välinformerade inför interventioner. Föräldrar anser även enligt Aarthun et al. (2018) att vårdpersonalen behöver vara kompetenta nog att kunna ge barnet och föräldrar en för dem själva förståelig information. Att kunna känna in föräldrarnas kapacitet och behov av stöd är av vikt för att kunna öppna upp för ett partnerskap i vården av barnet som är sjukt. Det är barnet och dennes familj som själva ska välja hur pass delaktiga dem vill vara, vårdpersonalens uppgift är att uppmuntra och stödja till delaktighet (Aarthun et al., 2018).

Flera studiers resultat visade på att erfarenheten av vårdpersonal var att det är viktigt att kunna skapa en förtroendefull relation med barnet för att möjliggöra delaktighet. Viktiga faktorer för att kunna skapa en förtroendefull relation var öppenhet och ärlighet från vårdpersonalen. Genom att kommunicera med barnet kunde man få en god förståelse för barnets förmågor och preferenser. I stort är det barnets villkor som sätter ramarna för hur delaktigheten i vårdmötet kommer att se ut. Det belyses även i Yamaji et al. (2020) att delaktigheten hos barnet är en personlig process. Barn har även beskrivit själva att de inte tycker delaktigheten håller måttet (Socialstyrelsen, 2015). Vårdpersonal behöver ta hänsyn till patientens delaktighet för att stärka personens upplevelse av hälsa (Dahlberg & Segesten, 2010). Att vårdpersonalen behöver kunna skapa en förtroendefull relation med barnet förstärks ytterligare av flera studier som betonar samma sak (Azevêdo et al., 2017; Tobiano et al., 2018). Halldórsdóttir beskriver i sin teori om vårdande och icke-vårdande möten att det viktigaste i vårdrelationen är ett spirituellt engagemang, vilket leder till en livgivande vårdrelation. Den livgivande vårdrelationen beskrivs som den högsta dimensionen en vårdrelation kan ha (Halldórsdóttir, 2008). Ett spirituellt engagemang är en grundpelare den förtroendefulla relationen mellan barnet och vårdpersonalen.

Resultatet visade på att flera studier beskriver att vårdpersonalen uppfattar barnet som kompetent att kommunicera och att delta i sin egen omvårdnad och behandling. Barnets ska i så stor utsträckning som det är möjligt få ta del av beslutsfattandet i sin egen vård. Delat beslutsfattande beskrivs i Hoffmann et al. (2014) som en process som möjliggör det för vårdpersonal och personen som är sjuk att tillsammans ta beslut efter det man diskuterat olika valmöjligheter utifrån patientens situation och förutsättningar (Hoffmann et al., 2014). Gällande barnets beslutsfattande resonerar även Ruhe et al. (2016) att delaktigheten inte heller behöver vara korrelerad enbart till barnets mognad utan även utifrån barnets intresse till att delta (Ruhe et al., 2016). Det kan möjligen anses vara svårt

att jämföra barns kompetens i denna studie då barnen som vårdats varierar stort i ålder i de studier som är inkluderade.

Vårdpersonal var eniga om att barnets beslutsfattande var begränsat, men att det var viktigt att erbjuda alternativ gällande mindre vardagliga beslut. Dessa små beslut gav barnet kontroll över sin situation och involverade dem i omvårdnaden, vilket hjälpte barnet att hantera sin situation bättre. Andersen & Dolvas. (2014) studie visade i likhet med resultatet att det fanns begränsningar i barns delaktighet och att de beslut barn fick ta mestadels handlade om vardagliga beslut. Barn kunde även uppleva en trygghet i att inte behöva ta stora beslut (Andersen & Dolvas, 2014). Det var intressant att se att flertalet studier ansåg att även de små till synes obetydliga besluten var av vikt för barnets välmående. Att dessa små beslut genererade andra aspekter för barnet än vad som beslöts, såsom självförtroende och känsla av medbestämmande rätt.

Flera studier visade på att vårdpersonal erfor att det fanns begränsningar i barnets möjlighet till deltagande. Det är naturligt att begränsningar i barnets beslutsfattande föreligger då det skulle kunna ha negativa konsekvenser om barnet väljer att avstå en nödvändig behandling. Begränsningar i barnets beslutsfattande och delaktighet kan även ligga hos sjukvården, att vårdpersonal inte vill frångå från traditionella roller och lämna över en del av beslutsfattandet (Longtin et al., 2010). I de fall där vårdpersonal inte bjuder in barnet till delaktigt kan man koppla det till Halldórsdóttir (1996) teori om vårdande och icke-vårdande möten. Då det uppstår ett ickevårdande möte om inte barnet bjuds in att vara delaktig. Den negativa effekten av ett ickevårdande möte är berövande av patientens självständighet.

Metoddiskussion

Föreliggande studie är en icke-systematisk litteraturöversikt. I enlighet med Kristensson (2014) är dock studien genomförd på ett systematiskt sätt även om all befintlig forskning inte är inkluderad vilket har ökat arbetets reliabilitet (Olsson & Sörensen, 2011). En systematisk litteraturöversikt är mer tidskrävande men mer trovärdig än en icke-systematisk litteraturöversikt. Den systematiska litteraturöversikten uppfyller även högre krav på tillförlitlighet (Henricson, 2017). En anledning till att en icke-systematisk design valdes var den längre tidsåtgången vid en systematisk litteraturöversikt som det inte fanns utrymme för vid denna studie. Enligt Henricson (2017) är svagheter med en icke-systematisk litteraturöversikt att de ofta baseras på studier som redan är kända för författarna. Risken finns även att författarna endast väljer att inkludera de studier som stödjer deras åsikter, vilket kan ge en förvrängd bild av det faktiska forskningsläget vilket sänker arbetets validitet. För att öka trovärdigheten och minska risk för bias har ett objektivt förhållningssätt eftersträvat genom hela arbetet. Eftersom denna studie har undersökt upplevelser hos studiedeltagarna så skulle en kvalitativ forskningsmetod kunnat använts då kvalitativ forskning undersöker deltagarnas subjektiva upplevelse av ett fenomen (Kristensson, 2014). Resultaten från en kvalitativ forskning går på djupet gällande de fenomen man undersökt (Olsson & Sörensen, 2011). Men för att öka evidensen i resultatet krävs det att flera studier kommer fram till samma resultat vilket man kan undersöka med hjälp av en litteraturöversikt (Kristensson, 2014). I denna studie kom flera studier fram till samma resultat vilket ökar denna litteraturöversikts reliabilitet (Olsson & Sörensen, 2011). Det är specifikt upplevelser från hälso- och sjukvårdspersonal som denna studie har undersökt och andra personers upplevelser gällande forskningsfrågan har uteslutits vilket ökar validiteten för denna studie (Olsson & Sörensen, 2011). När sjuksköterskans upplevelser har särskilts i resultaten i de undersökta artiklarna så har dessa

resultat framhållits specifikt i denna studies resultatdel. Detta för att ytterligare stärka studiens omvårdnadsrelevans.

Sökningarna genomfördes i PubMed och CINAHL. Dessa två databaser valdes då artiklarna som publiceras är inom områdena: medicinsk vetenskap och omvårdnad, vilket passade för litteraturöversiktens valda syfte. Att använda två olika databaser är enligt Kristensson (2014) essentiellt. Att sökningarna är genomförda i två databaser ökar sensitiviteten och chansen att finna relevanta artiklar att inkludera i arbetet vilket ökar trovärdigheten (Henricson, 2017). I en litteraturöversikt är valet av sökord avgörande. Noggrant utvalda sökord sammansattes i blocksökningar. Ämnesord användes vid sökningarna, då ämnesord beskriver artikelns innehåll (Henricson, 2017). Då tillräckligt antal relevanta artiklar ej framkommit med enbart ämnesord såsom MeSH-termer eller MH-termer, inkluderas fritextord i sökningen. Enligt Henricson (2017) behöver fritextord endast nämnas en gång i artikeln vilket ofta genererar en stor träfflista där innehållet inte behöver vara intressant för studiens syfte. Ett möte i databashandledning med en bibliotekarie från Sophiahemmet Högskola ägde rum tidigt i arbetet vilket ökar studiens validitet eftersom bibliotekariens kunskap och erfarenhet medverkade vid val av relevanta sökord, nyckelbegrepp, närliggande begrepp. Bibliotekariens stöd kring hur sökningarna kan preciseras har varit till stor nytta. Enligt Kristensson (2014) ska sökorden vara så specifika och sensitiva som möjligt, vilket betyder att de är tillräckligt känsliga för att inkludera relevant litteratur men samtidigt så tydliga att de sällar bort irrelevant litteratur.

Sökorden och blocksökningarna omarbetades och precisades under arbetets gång då valt område visade sig vara brett. Efter några sökningar bedömdes de befintliga sökorden, i den kombination de var använda, som otillräckliga. Den stora mängden träffar ansågs för massiv för att på ett säkert sätt gå igenom den utan att missa något samt att kunna genomföra det inom en rimlig tidsram. Enligt Friberg (2017) gör mängden artiklar informationssökningen komplicerad. Därför utökades sökorden och kombinerades med de booleska operatorerna AND och OR för att precisera träffarna (Polit & Beck, 2016). I samtliga sökningar har sökordet "child" förekommit i olika former då det är centralt avseende syfte och inklusionskriterier. När sökningarna var tillräckligt preciserade och artiklarna analyserade framkom det att antalet artiklar inte var tillräckligt. Ytterligare sökningar genomfördes med kortare men mer preciserade sökningar som till exempel sökningen "child participation" och "nurse". Dessa två sökord kombinerades med den booleska operatör AND för att endast få träffar på de artiklar som inkluderar båda sökorden. De två stora sökningarna var svårare att precisera utan att missa möjligt relevanta artiklar (Tabell 1) för fullständiga databassökningar. En eventuell svaghet i denna studie var att manuella sökningar användes eftersom de artiklarna som inkluderades är subjektivt inkluderade eller exkluderade. Det objektiva förhållningssättet var ständigt viktigt för att minska risken för ett subjektivt selekterande. Då antalet artiklar som funnits vid databassökningarna var för få ansågs en manuell sökning nödvändig för att få tillräckligt många analyserbara resultat att sammanställa i litteraturöversikten. De sex manuellt sökta artiklarna var samtliga av hög kvalitet, i linje med inklusionskriterierna samt svarade på syftet varpå dessa sex artiklar inkluderades.

Den första intentionen var att utgå ifrån sjuksköterskans perspektiv. Vid dataanalysen framkom det att antalet artiklar som enbart belyste sjuksköterskans perspektiv var för få. Även i de artiklar som belyst hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser har det funnits stora svårigheter att finna artiklar med sjuksköterskans åsikter separerade från övrig hälso- och sjukvårdspersonal. I de fall där studier har olika perspektiv, såsom föräldrar, barn och

hälso- och sjukvårdspersonal presenterats, så särskildes sällan sjuksköterskors åsikter från övrig hälso- och sjukvårdspersonal. Utifrån det så ändrades perspektivet från att enbart belysa sjuksköterskans upplevelser till det nya befintliga perspektivet med att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser. Då syftet var att belysa hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser av att involvera det somatiskt sjuka barnet i sin egen omvårdnad så är kvalitativa studier inkluderade i denna litteraturöversikt. Att inkludera både kvalitativa och kvantitativa studier ökar trovärdigheten (Friberg, 2017). Det har inte aktivt uteslutits kvantitativa studier men det framkom inga kvantitativa studier i sökningarna som svarade på studiens syfte. Enligt Henricson (2017) däremot ökar kvaliteten om en litteraturöversikt inkluderat artiklar av samma design. Dessutom råder Henricson (2017) de som skriver ett examensarbete att begränsa sitt arbete till att antingen inkludera kvalitativa eller kvantitativa artiklar beroende på syfte. Alla inkluderade artiklar är ”peer reviewed” då detta bedöms ge en högre vetenskaplig kvalitet (Henricson, 2017).

För att säkerställa att de artiklar som inkluderades i resultatet hade hög kvalitet användes ett bedömningsinstrument i enlighet Sophiahemmet Högskola. Versionen som användes var modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) samt Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016) (Bilaga A). Vid urval av artiklar så valdes enbart artiklar som ansågs följa god forsknings metod (Helgesson, 2015). Första sällningen avseende abstrakt utfördes gemensamt. De artiklar som ansågs passa valt syfte och vara inom de valda inklusionskriterierna granskades ytterligare vilket även det gjordes gemensamt. Vissa mindre sökningar utfördes självständigt som då utförde även första granskningen gällande abstrakt självständigt. Därefter granskades artikeln gemensamt för att avgöra om artikeln var lämplig eller inte. Färgkodning har hjälpt vid sortering av bearbetade artiklar samt huruvida artiklarna ska analyseras vidare. 12 artiklar som bedömdes vara av hög kvalitet inkluderades inklusive fyra artiklar som bedömdes vara av medelhög kvalitet. De artiklar med medelhög kvalitet bedömdes vara av tillräckligt hög kvalitet då det endast rörde sig om enstaka kriterier som ej ansågs uppfylla. Att finna artiklar med hög kvalitet som samtidigt svarade på syftet och var inom inklusionskriterierna bedömdes även svårt vilket var ännu en anledning till att de artiklarna med medelhög kvalitet inkluderades. För att besvara litteraturöversiktens syfte inkluderades 16 vetenskapliga artiklar vilket ansågs tillräckligt. Av de inkluderade artiklarna är tio från Sverige (Bilaga B) för den fullständiga matrisen. Vilket betyder att de resultat som framkommit till stor del visar hur svensk hälso- och sjukvårdspersonalens upplevelser ser ut. Åsikter gällande barn och barnets möjligheter att delta i sin vård kan skilja sig åt både mellan varje enskild människa men även mellan länder och kultur. Skillnaderna kan vara så nationella som lagar som gör att barnets delaktighet i sin vård ser annorlunda ut. Till följd av att det var svårt att hitta artiklar inom forskningsfrågan inkluderades två artiklar från samma forskarteam med Imelda Coyne som huvudforskare. Detta kan eventuellt vara en svaghet i denna litteraturöversikt. I kvalitativa studier påverkas resultatet av forskarteamets förståelse inom området de studerar (Olsson & Sörenson, 2011). Imelda Coyne kan dock antas ha god förståelse, dvs hög validitet, inom forskningsområdet baserat på att hon är bland annat är professor inom barnsjukvård (Trinity college Dublin, 2019). Det har även inkluderats två artiklar från forskningsteamet med Maria Harder som huvudforskare. Maria Harder är universitetslektor inom vårdvetenskap (Mälardalens högskola, 2021) och därmed kan anses ha god förståelse inom forskningsområdet. Studierna inkluderades då de svarar på syftet samt är utförda i Sverige vilket ansågs relevant i denna studie.

Gällande den inre validiteten så var förkunskaper gällande vårdpersonalens erfarenheter av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden knapp. Dock var vikten av

delaktighet och delaktighet som begrepp känt sedan tidigare. Att förförståelsen påverkat resultatet och dataanalysen går inte att utesluta (Polit & Beck, 2016; Kristensson, 2014). För att minska risken att förkunskaperna föranledde denna studies resultat var ett objekt förhållningssätt centralt. Noggrannhet vid dataanalysen att endast värdera artiklarna utifrån inklusions- och exklusionskriterier samt hur väl artikeln svarade på syftet.

Generaliserbarheten gällande resultatet vilket handlar om vilka slutsatser man kan dra utav resultatet från denna studie. Flera faktorer påverkar en studies generaliserbarhet så som om validiteten och reliabiliteten (Olsson & Sörensen, 2011). Resultatet från denna studie tyder på att visa liknande slutsatser från studier där man studerat barnets eller föräldrarnas perspektiv detta kan tolkas som att resultatet från denna studie kan tyckas till viss del vara generaliserbart. Vidare så har andra felkällor diskuterats och lyfts i diskussionen.

Överförbarheten i denna studie, vilket handlar om i vilken utsträckning denna studies resultat kan överföras till andra populationer, situationer och kontexter (Mårtensson & Fridlund, 2017) kan anses vara relativt god. Flera av de kategorier som framkom i resultatet kan även appliceras på andra populationer än barn. Att få en förtroendefull relation med vårdpersonalen, göra anpassningar och bjuda in till delaktighet är något som kan tänkas behövas i alla vårdmöten. Resultatet kan även tyckas vara överförbart till andra kontexter såsom öppenvården. Flertalet studier som studerades i denna studie var barnen som vårdas svårt sjuka vilket kan påverka delaktighetens utformning och grad.

Genom arbetets gång har grupphandledningstillfällena, tillsammans med handledare och handledningsgruppen, gynnat studien med återkoppling och utbyte av idéer för förbättring, vilket enligt Henricson (2017) stärker trovärdigheten.

Slutsats

Vårdpersonalens upplevelser var att barns deltagande kräver anpassningar och flexibilitet från hälso- och sjukvården. Sjuksköterskan har i sin yrkesroll ett ansvar att aktivt arbeta för att främja barnets delaktighet. Att kunna förstå och läsa av barns kroppsspråk är viktigt för att kunna anpassa kommunikationen. Vårdpersonal behöver även vara medveten om sitt eget kroppsspråk och anpassa det efter barnet. Vårdpersonalen kan möjliggöra barnets delaktighet i omvårdnaden genom att lyssna, ställa frågor och prata om vardagliga saker för att skapa en förtroendefull relation samt erbjuda alternativ i omvårdnaden. Sjuksköterskans teamarbete med annan vårdpersonal främjar delaktigheten hos barnet på grund av att man får en mer tydlig bild av barnets behov. Vårdpersonalen bör se till att information som förmedlas anpassas efter barnets och föräldrarnas grundkunskap och förståelse. Resultatet pekade på att erfarenhet hos sjuksköterskan var väsentligt för skapandet av delaktighet hos barnet, vilket är problematiskt då grundutbildade sjuksköterskor inte besitter den erfarenheten. Föräldrarna har visat sig ha en stor betydelse för barnets möjlighet till delaktighet. Att skapa ett bra samarbete med föräldrarna till barnet påverkar hur pass delaktig barnet kan bli. Vården bör vara både barn- och familjecentrerad. Även om barnets beslutsfattande är begränsat så har det visat sig vara gynnsamt för barnets hälsa att få känna sig kompetent och få möjlighet att ta beslut. Vårdpersonalen bör därför erbjuda valmöjligheter i beslut som rör barnet och låta barnet ta de mindre vardagliga besluten. Hälso- och sjukvårdsorganisationen behöver anpassas för att optimera barnets delaktighet. Anpassningar behövs för att frigöra tid och personal. Riktlinjer och utvärderingsinstrument gällande barnets delaktighet bör tas fram för att förbättra barnets delaktighet.

Fortsatta studier

Studier som särskiljer sjuksköterskans upplevelser eller som enbart framställer sjuksköterskans upplevelser av det somatiskt sjuka barnets delaktighet i omvårdnaden eftersöks. Den personcentrerade omvårdnaden framgår i sjuksköterskans kompetensbeskrivning, vilket förstärker åsikten om att studier där sjuksköterskans upplevelser gällande barns delaktighet är viktigt att lyfta inom vårdvetenskapen.

Klinisk tillämpbarhet

Förhoppningen är att den här litteraturöversikten kan medverka till att öppna upp för reflektion och intresse gällande barns delaktighet i vårdssammanhang hos hälso- och sjukvårdspersonal samt hos blivande hälso- och sjukvårdspersonal. Genom att reflektera kring barnets delaktighet kan brister upptäckas och personliga och organisatoriska förändringar eventuellt ske. Det framkom i detta arbete att anpassningar var essentiellt inom hälso- och sjukvården för att möta barnets rätt till delaktighet. I detta arbete konkretiseras en del av dessa anpassningar vilket kan vara ett stöd för sjuksköterskan och övrig hälso- och sjukvårdspersonal när de möter barn i vården.

Som sjuksköterska skall man dessutom arbeta efter en hållbar utveckling, enligt Agenda 2030, mål 3: God hälsa och välbefinnande. Det globala målet syftar till trygga hälsosamma liv och att främja välbefinnande för alla människor i alla åldrar. Barn är dessutom en extra utsatt grupp vars välbefinnande i vården inte får förbises (Globala målen, 2020). I enlighet med det globala målet 10, minskad ojämlikhet, så måste hälso- och sjukvården arbeta för att ge en jämlik vård. Fundamentalt för ett hållbart samhälle är en rättvis fördelning av resurser. För att ett samhälle ska vara rättvist krävs att alla har samma möjligheter och rättigheter oberoende av exempelvis ålder. Jämlikhet främjar alla människors möjlighet att delta och påverka i samhället (Globala målen, 2020). Det är med andra ord hälso- och sjukvårdens ansvar att ge anpassningar i vården av barnet så att en jämlik- och god vård kan erbjudas. Det kan även anses vara samhällsrelevant att ge barn en bra förutsättning för att få en god upplevelse av sjukvården då det kommer färga barnets framtida upplevelser av densamma.

REFERENSER

Artiklar inkluderade i resultatet är markerade med asterisk (*).

Aarthun, A., Øymar, K. A., & Akerjordet, K. (2018). How health professionals facilitate parents' involvement in decision-making at the hospital: A parental perspective. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community*, 22(1), 108–121. <https://doi.org/10.1177/1367493517744279>

Andersen, C. S., & Dolva, A. S. (2014). Children's perspective on their right to participate in decision-making according to the United Nations Convention on the Rights of the Child article 12. *Physical & occupational therapy in pediatrics*, Advance online publication. <https://doi.org/10.3109/01942638.2014.918075>

Andersson, H., Sundström, B. W., Nilsson, K., & Jakobsson Ung, E. (2014). Competencies in Swedish emergency departments: The practitioners' and managers' perspective. *International emergency nursing*, 22(2), 81–87. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.06.005>

Azevêdo, A., Lançoni, A. C. Júnior., & Crepaldi, M. A. (2017). Nursing team, family and hospitalized child interaction: an integrative review. *Interação equipe de enfermagem, família, e criança hospitalizada: revisão integrativa. Ciencia & saude coletiva*, 22(11), 3653–3666. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.26362015>

Ballard, J., Mead, C., Richardson, D., & Lotz, A. (2012). Impact of disease-specific orientation on new graduate nurse satisfaction and knowledge retention. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 44(3), 168-174. <https://doi.org/10.1097/jnn.0b013e3182527465>

Berg, A., Dencker, K. & Skärsäter, I. (1999). *Evidensbaserad omvårdnad: Vid behandling av personer med depressionssjukdomar* (Evidensbaserad omvårdnad,1999:3). SBU, SFF.

Billhult, A. (2017). Kvantitativ metod och stickprov. I M. Henricson (Red). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (Andra upplagan., s.99-110). Studentlitteratur

Blair, L., & Légaré, F. (2015). Is Shared Decision Making a Utopian Dream or an Achievable Goal?. *The patient*, 8(6), 471–476. <https://doi.org/10.1007/s40271-015-0117-0>

Boland, L., Graham, I. D., Légaré, F., Lewis, K., Jull, J., Shephard, A., Lawson, M. L., Davis, A., Yameogo, A., & Stacey, D. (2019). Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review. *Implementation science : IS*, 14(1), 7. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0851-5>

Bray, L., Appleton, V., & Sharpe, A. (2019). The information needs of children having clinical procedures in hospital: Will it hurt? Will I feel scared? What can I do to stay calm?. *Child: care, health and development*, 45(5), 737–743. <https://doi.org/10.1111/cch.12692>

* Carlsson, I. M., Nygren, J. M., & Svedberg, P. (2017). Patient participation, a prerequisite for care: A grounded theory study of healthcare professionals' perceptions of what participation means in a paediatric care context. *Nursing open*, 5(1), 45–52. <https://doi.org/10.1002/nop2.106>

Coyne, I. (2006). Children's experiences of hospitalization. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 10(4), 326–336. <https://doi.org/10.1177/1367493506067884>

Coyne, I., & Kirwan, L. (2012). Ascertaining children's wishes and feelings about hospital life. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 16(3), 293–304. <https://doi.org/10.1177/1367493512443905>

* Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. (2014). Children's participation in shared decision-making: children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences. *European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society*, 18(3), 273–280. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.006>

* Coyne, I., Amory, A., Gibson, F., & Kiernan, G. (2016). Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange. *European Journal of Cancer Care*, 25(1), 141–156. <https://doi.org/10.1111/ecc.12411>

Dadlez, N. M., Bisono, G. M., Williams, C. Y., Rosenthal, S. L., & Hametz, P. A. (2018). Understanding Parental Preferences for Participants in Medical Decision-making for Their Hospitalized Children. *Hospital pediatrics*, 8(4), 200–206. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2017-0008>

Dahav, P., & Sjöström-Strand, A. (2018). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study-like being in another world. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 363–370. <https://doi.org/10.1111/scs.12470>

Danielson, E. (2017). Kvalitativ forskningsintervju. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss. 143-154). Studentlitteratur.

* Day, E., Jones, L., Langner, R., Stirling, L. C., Hough, R., & Bluebond-Langner, M. (2018). "We just follow the patients' lead": Healthcare professional perspectives on the involvement of teenagers with cancer in decision making. *Pediatric blood & cancer*, 65(3), 1–6. <https://doi.org/10.1002/pbc.26898>

Dunn, S. I., Cragg, B., Graham, I. D., Medves, J., & Gaboury, I. (2018). Roles, processes, and outcomes of interprofessional shared decision-making in a neonatal intensive care unit: A qualitative study. *Journal of interprofessional care*, 32(3), 284–294. <https://doi.org/10.1080/13561820.2018.1428186>

Ekman, I., Swedberg, K., Taft, C., Lindseth, A., Norberg, A., Brink, E., Carlsson, J., Dahlin-Ivanoff, S., Johansson, I. L., Kjellgren, K., Lidén, E., Öhlén, J., Olsson, L. E., Rosén, H., Rydmark, M., & Sunnerhagen, K. S. (2011). Person-centered care--ready for prime time. *European journal of cardiovascular nursing: journal of the Working Group on Cardiovascular Nursing of the European Society of Cardiology*, 10(4), 248–251. <https://doi.org/10.1016/j.ejcnurse.2011.06.008>

Eldh A. C. (2019). Facilitating patient participation by embracing patients' preferences-A discussion. *Journal of evaluation in clinical practice*, 25(6), 1070–1073.

<https://doi.org/10.1111/jep.13126>

Eriksson, M., & Lindström, B. (2008). A salutogenic interpretation of the Ottawa Charter. *Health promotion international*, 23(2), 190–199. <https://doi.org/10.1093/heapro/dan014>

Foley, M., Dunbar, N., & Clancy, J. (2014). Collaborative care for children: a grand rounds presentation. *The Journal of school nursing : the official publication of the National Association of School Nurses*, 30(4), 251–255. <https://doi.org/10.1177/1059840513484364>

Folkhälsomyndigheten. (2020). *Uppföljning av barns hälsa*.

<https://www.folkhalsomyndigheten.se/contentassets/f739daaa7ba34232b69e8afb204293de/kartlaggning-datakallor-indikatorer-index-uppfoljning-sma-barns-halsa-barnhalsovard.pdf>

Forsner, M., Jansson, L., & Söderberg, A. (2009). Afraid of medical care school-aged children's narratives about medical fear. *Journal of pediatric nursing*, 24(6), 519–528.

<https://doi.org/10.1016/j.pedn.2009.08.003>

Forsner, M., Jansson, L., & Sørli, V. (2005). The experience of being ill as narrated by hospitalized children aged 7-10 years with short-term illness. *Journal of child health care: for professionals working with children in the hospital and community*, 9(2), 153–165.

<https://doi.org/10.1177/1367493505051406>

Friberg, F. (2017). *Dags för uppsats: vägledning för litteraturbaserade examensarbeten* (3. ed.). Studentlitteratur

Friberg, S., Jansson, J., Westergren, E., & Lindberg, M. (2016). Basic trained nurses experience to start working on a children's ward. [Grundutbildade sjuksköterskors upplevelse att börja arbeta på en barnavdelning]. *Nordisk Sygeplejeforskning*, 6(1), 20-33.

<https://doi.org/10.18261/issn.1892-2686-2016-01-03>

Fries C. J. (2020). Healing Health Care: From Sick Care Towards Salutogenic Healing Systems. *Social theory & health : STH*, 18(1), 16–32. <https://doi.org/10.1057/s41285-019-00103-2>

Ghezeljeh, T. N., Gharasoflo, S., & Haghani, S. (2021). The relationship between missed nursing care and teamwork in emergency nurses: A predictive correlational study. *Nursing Practice Today*, 8(2), 103–112. <https://doi.org/10.18502/npt.v8i2.5121>

* Grahn, M., Olsson, E., & Mansson, M. E. (2016). Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study. *Journal of pediatric nursing*, 31(3), 284–292. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2015.11.016>

Halldórsdóttir, S. (1996). *Caring and uncaring encounters in nursing and health care: Developing a theory* (Doctoral thesis, Linköping University Medical Dissertation, 493). Linköping: Department of Caring Sciences, Faculty of Health Sciences Linköping Universitet

Halldórsdóttir, S. (2008). The dynamics of the nurse-patient relationship: introduction of a synthesized theory from the patient's perspective. *Scandinavian journal of caring science*, 22(4), 643-652. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2007.00568.x>

* Harder, M., Söderbäck, M., & Ranheim, A. (2016). Being in care situations with young children present ambiguous challenges. *Nordic Journal of Nursing Research*, 36(2), 68-73. <https://doi.org/10.1177/0107408315605997>

* Harder, M., Söderbäck, M., & Ranheim, A. (2018). Health care professionals' perspective on children's participation in health care situations: encounters in mutuality and alienation. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 13(1), 1-9. <https://doi.org/10.1080/17482631.2018.1555421>

Harris, T. B., Sibley, A., Rodriguez, C., & Brandt, M. L. (2013). Teaching the psychosocial aspects of pediatric surgery. *Seminars in pediatric surgery*, 22(3), 161–166. <https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2013.05.005>

He, H. G., Vehviläinen-Julkunen, K., Pölkki, T., & Pietilä, A. M. (2007). Children's perceptions on the implementation of methods for their postoperative pain alleviation: an interview study. *International journal of nursing practice*, 13(2), 89–99. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2007.00614.x>

Helgesson, G. (2015). *Forskningsetik.* (2. uppl.) Studentlitteratur.

Henricson, M. (2017). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl.). Studentlitteratur

Hoffmann, T. C., Légaré, F., Simmons, M. B., McNamara, K., McCaffery, K., Trevena, L. J., Hudson, B., Glasziou, P. P., & Del Mar, C. B. (2014). Shared decision making: what do clinicians need to know and why should they bother?. *The Medical journal of Australia*, 201(1), 35–39. <https://doi.org/10.5694/mja14.00002>

Imms, C., Adair, B., Keen, D., Ullenhag, A., Rosenbaum, P., & Granlund, M. (2016). 'Participation': a systematic review of language, definitions, and constructs used in intervention research with children with disabilities. *Developmental medicine and child neurology*, 58(1), 29–38. <https://doi.org/10.1111/dmcn.12932>

Karlsson, E. K. (2017). Informationssökning. I M. Henricson (Red.), *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss.81-97). Studentlitteratur.

*Karlsson, K., Rydström, I., Enskär, K., & Englund, A. C. (2014). Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 9, 23063. <https://doi.org/10.3402/qhw.v9.23063>

*Kelo, M., Martikainen, M., & Eriksson, E. (2013). Patient education of children and their families: nurses' experiences. *Pediatric nursing*, 39(2), 71–79.

Kjellström, S. (2017). Forskningsetik. I M. Henricson (Red.) *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad* (1. uppl., ss.57–77). Studentlitteratur

Koller D. (2017). 'Kids need to talk too': inclusive practices for children's healthcare education and participation. *Journal of clinical nursing*, 26(17-18), 2657–2668. <https://doi.org/10.1111/jocn.13703>

Kristensson, J. (2014). *Handbok i uppsatsskrivande och forskningsmetodik för studenter inom hälso-och vårdvetenskap*. Natur & kultur.

Légaré, F., Stacey, D., Pouliot, S., Gauvin, F. P., Desroches, S., Kryworuchko, J., Dunn, S., Elwyn, G., Frosch, D., Gagnon, M. P., Harrison, M. B., Pluye, P., & Graham, I. D. (2011). Interprofessionalism and shared decision-making in primary care: a stepwise approach towards a new model. *Journal of interprofessional care*, 25(1), 18–25.
<https://doi.org/10.3109/13561820.2010.490502>

Lima, L., Silva, V., & Lemos, M. S. (2017). How chronic disease affects children's views on being ill and healthy: a comparative study. *Scandinavian journal of caring sciences*, 31(4), 922–929. <https://doi.org/10.1111/scs.12415>

Longtin, Y., Sax, H., Leape, L. L., Sheridan, S. E., Donaldson, L., & Pittet, D. (2010). Patient participation: current knowledge and applicability to patient safety. *Mayo Clinic proceedings*, 85(1), 53–62. <https://doi.org/10.4065/mcp.2009.0248>

* Lundberg, V., Sandlund, M., Eriksson, C., Janols, R., Lind, T., & Fjellman-Wiklund, A. (2020). How children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis participate in their healthcare: health professionals' views. *Disability and rehabilitation*, 1–8.
<https://doi.org/10.1080/09638288.2020.1811406>

* Mattsson, J., Forsner, M., Castrén, M., & Arman, M. (2013). Caring for children in pediatric intensive care units: an observation study focusing on nurses' concerns. *Nursing ethics*, 20(5), 528–538. <https://doi.org/10.1177/0969733012466000>

McCarthy, G., Cornally, N., O'Mahoney, C., White, G., & Weathers, E. (2013). Emergency nurses: Procedures performed and competence in practice. *International Emergency Nursing*, 21(1), 50-57. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2012.01.003>

Mikkelsen, G., & Frederiksen, K. (2011). Family-centred care of children in hospital - a concept analysis. *Journal of advanced nursing*, 67(5), 1152–1162.
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05574.x>

Myant, K. A., & Williams, J. M. (2005). Children's concepts of health and illness: understanding of contagious illnesses, non-contagious illnesses and injuries. *Journal of health psychology*, 10(6), 805–819. <https://doi.org/10.1177/1359105305057315>

Mårtensson, J., & Fridlund, B. (2017). Vetenskaplig kvalitet i examensarbete. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (2. uppl., ss.421–438). Studentlitteratur

Mälardalens Högskola.Maria Harder. Hämtad 24 Mars, 2021 från
<https://www.mdh.se/staff?id=mhr01>

Nilsson, M., From, I., & Lindwall, L. (2019). The significance of patient participation in nursing care - a concept analysis. *Scandinavian journal of caring sciences*, 33(1), 244–251.
<https://doi.org/10.1111/scs.12609>

Offord R. J. (2010). Caring for critically ill children within an adult environment--an educational strategy. *Nursing in critical care*, 15(6), 300–307.
<https://doi.org/10.1111/j.1478-5153.2010.00411.x>

- Olsson, H. & Sörensen, S. (2011). *Forskningsprocessen: kvalitativa och kvantitativa perspektiv*. (3. uppl.) Liber.
- Panella J. J. (2016). Preoperative Care of Children: Strategies From a Child Life Perspective. *AORN journal*, 104(1), 11–22. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.004>
- Pelander, T., & Leino-Kilpi, H. (2010). Children's best and worst experiences during hospitalisation. *Scandinavian journal of caring sciences*, 24(4), 726–733. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00770.x>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2016). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. (10th ed.) Philadelphia: Wolters Kluwer.
- Reverend Alister Bull, & Gillies, M. (2007). Spiritual needs of children with complex healthcare needs in hospital. *Paediatric nursing*, 19(9), 34–38. <https://doi.org/10.7748/paed2007.11.19.9.34.c6283>
- * Ringnér, A., Öster, I., Björk, M., & Graneheim, U. H. (2013). Talking via the child: discursively created interaction between parents and health care professionals in a pediatric oncology ward. *Journal of family nursing*, 19(1), 29–52. <https://doi.org/10.1177/1074840712462136>
- Reeves, S., Xyrichis, A., & Zwarenstein, M. (2018). Teamwork, collaboration, coordination, and networking: Why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *Journal of interprofessional care*, 32(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1400150>
- Rosén, M. (2017). Systematisk litteraturoversikt. I M. Henricson (Red.). *Vetenskaplig teori och metod: Från idé till examination inom omvårdnad* (2. uppl., ss 375-389). Studentlitteratur
- Ruhe, K. M., Wangmo, T., Badarau, D. O., Elger, B. S., & Niggli, F. (2015). Decision-making capacity of children and adolescents--suggestions for advancing the concept's implementation in pediatric healthcare. *European journal of pediatrics*, 174(6), 775–782. <https://doi.org/10.1007/s00431-014-2462-8>
- Ruhe, K. M., Wangmo, T., De Clercq, E., Badarau, D. O., Ansari, M., Kühne, T., Niggli, F., Elger, B. S., & Swiss Pediatric Oncology Group (SPOG) (2016). Putting patient participation into practice in pediatrics-results from a qualitative study in pediatric oncology. *European journal of pediatrics*, 175(9), 1147–1155. <https://doi.org/10.1007/s00431-016-2754-2>
- * Sahlberg, S., Karlsson, K., & Darcy, L. (2020). Children's rights as law in Sweden-every health-care encounter needs to meet the child's needs. *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy*, 23(4), 860–869. <https://doi.org/10.1111/hex.13060>
- Sahlsten, M. J., Larsson, I. E., Sjöström, B., & Plos, K. A. (2008). An analysis of the concept of patient participation. *Nursing forum*, 43(1), 2–11. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2008.00090.x>

Salmela, M., Aronen, E. T., & Salanterä, S. (2011). The experience of hospital-related fears of 4- to 6-year-old children. *Child: care, health and development*, 37(5), 719–726. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01171.x>

Sandberg H. (2010). The concept of collaborative health. *Journal of interprofessional care*, 24(6), 644–652. <https://doi.org/10.3109/13561821003724034>

* Schalkers, I., Parsons, C. S., Bunders, J. F., & Dedding, C. (2016). Health professionals' perspectives on children's and young people's participation in health care: a qualitative multihospital study. *Journal of clinical nursing*, 25(7-8), 1035–1044. <https://doi.org/10.1111/jocn.13152>

Scholl, I., LaRussa, A., Hahlweg, P., Kobrin, S., & Elwyn, G. (2018). Organizational- and system-level characteristics that influence implementation of shared decision-making and strategies to address them - a scoping review. *Implementation science : IS*, 13(1), 40. <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0731-z>

SFS 2017:30. *Hälso- och sjukvårdslag*. Riksdagen.

SFS 2018:1197. Lag om Förenta nationernas konvention om barnets rättigheter. Riksdagen.

SFS 2014:821. *Patientlag*. Riksdagen.

SFS 2010:659. *Patientsäkerhetslag*. Riksdagen.

Shier, H. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. *Children and society*, 15(2), 107–117. <https://doi.org/10.1002/chi.617>

Shoshani, A., & Kanat-Maymon, Y. (2018). Involvement in care in pediatric cancer patients: implications for treatment compliance, mental health and health-related quality of life. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 27(2), 567–575. <https://doi.org/10.1007/s11136-017-1744-9>

Siouta, E., Hellström Muhli, U., Hedberg, B., Broström, A., Fossum, B., & Karlgren, K. (2016). Patients' experiences of communication and involvement in decision-making about atrial fibrillation treatment in consultations with nurses and physicians. *Scandinavian journal of caring sciences*, 30(3), 535–546. <https://doi.org/10.1111/scs.12276>

Smith, J., Swallow, V., & Coyne, I. (2015). Involving parents in managing their child's long-term condition-a concept synthesis of family-centered care and partnership-in-care. *Journal of pediatric nursing*, 30(1), 143–159. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2014.10.014>

Socialstyrelsen (2020). *Barns delaktighet*. Hämtad 2 December, 2020 från <https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/delaktighet/barns-delaktighet/>

Socialstyrelsen (2015). *Bedöma barns mognad för delaktighet*. <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2015-12-22.pdf>

Socialstyrelsen. (2017). Nationella planeringsstödet 2017 - tillgång och efterfrågan på vissa personalgrupper inom hälso- och sjukvård samt tandvård.

<https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/statistik/2017-2-21.pdf>

Socialstyrelsen (2020). *Om delaktighet*. Hämtad 2 December, 2020 från

<https://kunskapsguiden.se/omraden-och-teman/arbetsmetoder-och-perspektiv/delaktighet/om-delaktighet/>

Socialstyrelsen (2019). *Vem får göra vad i hälso- och sjukvården och tandvården?* Hämtad

5 Mars, 2021 från <https://vemfargoravad.socialstyrelsen.se/sida/halso-och-sjukvardspersonal>

Svenska Akademiens ordbok (2021). *Involvera*. Hämtad 14 Mars, 2021 från

<https://www.saob.se/artikel/?seek=involvera>

Statistikmyndigheten SCB. (2019). *Sveriges befolkningspyramid*. Hämtad 3 December,

2020 från <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/manniskorna-i-sverige/sverigesbefolkningspyramid/>

* Ståhlberg, A., Sandberg, A., & Söderbäck, M. (2018). Child-centred Care - Health Professionals' Perceptions of What Aspects are Meaningful When Using Interactive Technology as a Facilitator in Healthcare Situations. *Journal of pediatric nursing*, 43, 10–17. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2018.07.006>

Svensk sjuksköterskeförening. (2017). *Kompetensbeskrivning för legitimerad sjuksköterska*.

<https://swenurse.se/download/18.9f73344170c003062317be/1584025404390/kompetensbeskrivning%20legitimerad%20sjuksk%C3%B6terska%202017.pdf>

Szafran, O., Kennett, S. L., Bell, N. R., & Green, L. (2018). Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *Journal of primary health care*, 10(3), 248–257. <https://doi.org/10.1071/HC18018>

Tobiano, G., Bucknall, T., Sladdin, I., Whitty, J. A., & Chaboyer, W. (2018). Patient participation in nursing bedside handover: A systematic mixed-methods review.

International journal of nursing studies, 77, 243–258.

<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.014>

Trinity Collage Dublin. Reserch profiles. Hämtad 12 Mars, 2021 från

<https://www.tcd.ie/research/profiles/?profile=coynei>

United Nations Development Programme (UNDP) (2020). Globala målen: 3 God hälsa och välbefinnande. Hämtad 5 Mars, 2021 från

<https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-3-halsa-och-valbefinnande/>

United Nations Development Programme (UNDP) (2020). Globala målen: 10 Minskad ojämlikhet. Hämtad 14 Mars, 2021 från

<https://www.globalamalen.se/om-globala-malen/mal-10-minskad-ojamlikhet/>

* Vaknin, O., & Zisk-Rony, R. Y. (2011). Including children in medical decisions and treatments: perceptions and practices of healthcare providers. *Child: care, health and development*, 37(4), 533–539. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2010.01153.x>

Vasey, J., Smith, J., Kirshbaum, M. N., & Chirema, K. (2019). Tokenism or true partnership: Parental involvement in a child's acute pain care. *Journal of clinical nursing*, 28(9-10), 1491–1505. <https://doi.org/10.1111/jocn.14747>

While, A., & Dewsbury, G. (2011). Nursing and information and communication technology (ICT): a discussion of trends and future directions. *International journal of nursing studies*, 48(10), 1302–1310. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.02.020>

Wigert, H., Dellenmark Blom, M., & Bry, K. (2014). Parents' experiences of communication with neonatal intensive-care unit staff: an interview study. *BMC pediatrics*, 14(304), 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12887-014-0304-5>

Willman, A., Bahtsevani, C., Nilsson, R., & Sandström, B. (2016). *Evidensbaserad omvårdnad: En bro mellan forskning och klinisk praktik* (4:e uppl.). Studentlitteratur.

Yamaji, N., Suto, M., Takemoto, Y., Suzuki, D., Lopes, K., & Ota, E. (2020). Supporting the Decision Making of Children With Cancer: A Meta-synthesis. *Journal of pediatric oncology nursing : official journal of the Association of Pediatric Oncology Nurses*, 37(6), 431–443. <https://doi.org/10.1177/1043454220919711>

Sophiahemmet Högskolas bedömningsunderlag för vetenskaplig klassificering samt kvalitet avseende studier med kvantitativ och kvalitativ metodansats, modifierad utifrån Berg, Dencker och Skärsäter (1999) och Willman, Bahtsevani, Nilsson och Sandström (2016).

KOD OCH KLASSIFICERING	VETENSKAPLIG KVALITET		
	I = Hög kvalitet	II = Medel	III = Låg kvalitet
Randomiserad kontrollerad studie/Randomised controlled trial (RCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan en kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper.	Större välplanerad och välgenomförd multicenterstudie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Randomiserad studie med få deltagare och/eller för många delstudier, vilket ger otillräcklig statistisk styrka. Bristfälligt antal deltagare, otillräckligt beskrivet eller stort bortfall.
Klinisk kontrollerad studie/Clinical controlled trial (CCT) är prospektiv och innebär jämförelse mellan kontrollgrupp och en eller flera experimentgrupper. Är inte randomiserad.	Välplanerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder inklusive behandlingsteknik. Antalet deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Icke- kontrollerad studie (P) är prospektiv men utan relevant och samtida kontrollgrupp.	Väldefinierad frågeställning, tillräckligt antal deltagare och adekvata statistiska metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Retrospektiv studie (R) är en analys av historiskt material som relateras till något som redan har inträffat, exempelvis journalhandlingar.	Antal deltagare tillräckligt stort för att besvara frågeställningen. Väl planerad och välgenomförd studie med adekvat beskrivning av protokoll, material och metoder.	*	Begränsat/för få deltagare, metoden otillräckligt beskriven, brister i genomförande och tveksamma statistiska metoder.
Kvalitativ studie (K) är vanligen en undersökning där avsikten är att studera fenomen eller tolka mening, upplevelser och erfarenheter utifrån de utforskades perspektiv. Avsikten kan också vara att utveckla begrepp och begreppsmässiga strukturer (teorier och modeller).	Klart beskriven kontext. Motiverat urval. Välbeskriven urvalsprocess, datainsamlingsmetod, transkriberingsprocess och analysmetod. Beskrivna tillförlitlighets/reliabilitetshänsyn. Interaktionen mellan data och tolkning påvisas. Metodkritik.	*	Dåligt/vagt formulerad frågeställning. Deltagargruppen är otillräckligt beskriven. Metod/analys otillräckligt beskriven. Bristfällig resultatredovisning.

* Några av kriterierna utifrån I = Hög kvalitet är inte uppfyllda men den vetenskapliga kvaliteten värderas högre än III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Carlsson, I. M., Nygren, J. M., & Svedberg, P. 2017 Sverige	Patient participation, a prerequisite for care: A grounded theory study of healthcare professionals' perceptions of what participation means in a paediatric care context.	Att utforska hur sjukvårdspersonalen ser på delaktighet inom pediatriken	<u>Design:</u> Kvalitativ explorativ design med grundad teori <u>Urval:</u> (n=15) varav Barnsjuksköterskor (n=9), Sjuksköterska (n=1), Undersköterskor(n=2), Socialarbetare n=2) Läkare (n=1). <u>Datainsamling:</u> Intervjuer och frågeformulär med öppna frågor <u>Dataanalys:</u> En grundad teoretisk utgångspunkt användes som analysmetod	15 (-)	Resultatet framställde en teoretisk konceptualisering gällande vad patient deltagandet innebar för sjuksköterskan samt hur deltagandet kunde främjas. Resultatet visade på att personalen tyckte att, "delaktighet var en förutsättning för vård". Övriga kategorier som framkom var "vårdpersonalens strategier för att öka patientens deltagande", "träffa varje barn där barnet är", "bygga en relation med barnet", "visa respekt för varje enskilt barn" och "göra det bästa av ögonblicket".	K I
Coyne, I., Amory, A., Kiernan, G., & Gibson, F. 2014 Irland	Children's participation in shared decision- making: children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences	Att belysa och jämföra barnets, föräldrarnas och sjukvårdspersonalens syn på delat beslutsfattande i barnets vård.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=82) varav Barn 7–16 år (n=20), Föräldrar till barnen (n=22) sjukvårdspersonal (n=40) varav sjuksköterskor (n=20) <u>Datainsamling:</u> Ljudinspelade individuella intervjuer <u>Dataanalys:</u> En induktiv metod Materialet analyserades enligt kvalitativa innehållsanalyser.	82 (-)	Sjuksköterskan har en viktig roll när det gäller att erbjuda delaktighet. Barnen kunde ta del av vissa beslut gällande sin vård medan andra beslut inte gick att kompromissa för de kunde påverka hälsan negativ och då involverades inte barnet i vård beslutet.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Coyne I, Amory A, Gibson F, Kiernan G. 2016 Irland	Information-sharing between healthcare professionals, parents and children with cancer: more than a matter of information exchange.	Att belysa och jämföra barnets, föräldrarnas och sjukvårdspersonalens syn på informations delande i barnets vård.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv <u>Urval:</u> (n=82) varav Barn 7–16 år (n=20), Föräldrar till barnen (n=22) sjukvårdspersonal (n=40) varav sjuksköterskor (n=20) <u>Datainsamling:</u> Individuella intervjuer <u>Dataanalys:</u> Komparativ grundad teori	82 (-)	Informatik är en metod som sjuksköterskan kan använda för att öka delaktigheten hos barnet som är sjukt. Tre huvudteman framkom gällande informationsdelning: att ha en öppen och ärlig attityd, se till att bibehålla hopp och kunna hantera begränsad informationsdelning	K I
Day E, Jones L, Langner R, Stirling LC, Hough R, Bluebond-Langner M. 2018 UK	“We just follow the patients' lead": Healthcare professional perspectives on the involvement of teenagers with cancer in decision making.	Studien vill se hur sjukvårdspersonal ser på hur tonåringar med leukemi involveras i sin vård	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Sjukvårdspersonal (n= 48) varav konsulter (n=6), underläkare (n=19), specialistsjuksköterskor (n=9), sjuksköterskor (n=10), övrig sjukvårdspersonal: psykologer, dietister, socialarbetare (n=14). <u>Datainsamling:</u> Deltagarobservationer, semi strukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Grundad teoretisk analysmetod	48 (-)	Studien tar upp sjukvårdspersonalens gemensamma syn (inklusive sjuksköterskans) på delaktighet. Det framkom principer som påverkade beslutsfattandet: ”att göra rätt sak”, ”att följa de behandling preferenser tonåringen har” och att vara öppen gällande information om tonåringarnas tillstånd”. Principerna nyttjades unikt utifrån olika situationer och olika faktorer.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Grahn M, Olsson E, Mansson ME. 2016 Sverige	Interactions Between Children and Pediatric Nurses at the Emergency Department: A Swedish Interview Study.	Att beskriva sjuksköterskans metoder gällande att interagera med barn mellan 3 och 6 år på barnakuten och identifiera aspekter som behöver studeras mer.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Sjuksköterskor arbetande på barnakutmottagning (n=7) <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	7 (-)	Sjuksköterskan i sin profession var ovärderlig gällande att involvera barnet. Kontrollbalansen mellan barn, sjuksköterska och familj ansågs viktig. Barnet skulle få bli involverad i sin vård och det ansågs viktigt även för framtida vårdsituationer.	K I
Harder M, Söderbäck M, Ranheim A. 2018 Sverige	Health care professionals' perspective on children's participation in health care situations: encounters in mutuality and alienation	Att förstå sjukvårdspersonals förståelse av delaktighet gällande barnet och barnets förälder i hälsovården.	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv <u>Urval:</u> (n=35) sjukvårdspersonal inkl sjuksköterskor (n=?) <u>Datainsamling:</u> Långvarig datainsamling av Berättande skrivna data <u>Dataanalys:</u> Fenomenologisk- hermeneutical	35 (-)	Resultaten visade på att sjukvårdspersonalen såg barnets delaktighet som en dynamisk "rörelse" som både gav samhörighet och utanförskap för samma personer i olika situationer.	K I
Harder M, Söderbäck M, Ranheim A 2016 Sverige	Being in care situations with young children presents ambiguous challenges.	Att utforska sjukvårdspersonals reflektioner kring att vara i vårdande situationer med små barn	<u>Design:</u> Kvalitativ design <u>Urval:</u> (n=29) sjukvårdspersonal inklusive sjuksköterskor (n=?) <u>Datainsamling:</u> Workshops <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	29 (-)	Att sjuksköterskorna och de andra vårdpersonalen i studien uttryckte att det fanns många svårigheter i vården med barnet som var beroende av deltagandet av barnet, föräldrarna och sjukvårdspersonalen.	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Karlsson K, Rydström I, Enskär K, Dahlheim Englund A-C 2014 Sverige	Nurses' perspectives on supporting children during needle-related medical procedures.	Att beskriva sjukskötarens erfarenhet kring att stödja barnet under nål-relaterade medicinska procedurer	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Sjuksköterskor (n=14) varav barnsjuksköterskor (n=11) och grundutbildad sjuksköterska (n=2) och (n=1) annan specialistutbildad sjuksköterska <u>Datainsamling:</u> Intervjuer samt videoupptagningar <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	14 (-)	Resultatet visade att sjuksköterskors stöd till barn under nål-relaterade procedurer kännetecknades av en önskan att träffa barnet i barnets egen värld och av ett försök att förstå barnets förståelse för dessa handlingar, baserat på de givna villkoren. Fenomenets väsentliga betydelse grundar sig på följande: att utveckla relationer genom samtal, att vara känslig för förkroppsligade svar, att balansera mellan takt och användning av återhållsamhet, att vara barnets advokat, att anpassa tiden och att upprätthålla tron. Sjuksköterskans stödjande insatser öppnade upp för delaktighet hos det sjuka barnet.	K I
Kelo M, Martikainen M, Eriksson E Finland	The aims of this study were to describe significant patient education sessions, and to explore nurses' empowering and traditional behavior in the patient education process of children and their families.	Syftet var att beskriva betydande patientutbildningar och att utforska sjuksköterskors stärkande och traditionella beteende i barn- och deras familjers patientutbildningsprocess.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> Sjuksköterskor (n= 45) <u>Datainsamling:</u> Intervjuer <u>Dataanalys:</u> Induktiv innehållsanalys	45 (-)	Patientdeltagande främjades genom patientutbildningen med barnet med hjälp av patient stärkande beteende (empowering), holistisk människosyn, multifunktionell behovsbedömning, adekvata förberedelser och tydliga mål. Resultaten visade på att det behövs mer utbildning för sjuksköterskor och administrativa åtgärder på sjukhusen för att förbättra den stärkande (empowering) patientutbildningen för barn och deras familjer.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Lundberg V, Sandlund M, Eriksson C, Janols R, Lind T, Fjellman-Wiklund A. 2020 Sverige	How children and adolescents with juvenile idiopathic arthritis participate in their healthcare: health professionals' views.	Hur sjukvårdspersonal ser på delaktighet hos barn och ungdomar med "juvenile idiopatisk artrit (JIA)" i vårdssammanhang	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=23) sjukvårdspersonal varav (n=4) sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Fokusgrupper med blandade sjukvårdspersonal <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	23 (-)	Genom att skapa en arena som möjliggör delaktighet hos barnet så kan sjukvårdspersonalen inkl sjuksköterskorna öppna upp för delaktighet. Skapa relationer med barn och föräldrarna innan och efter vårdmötet kan främja delaktigheten hos barnet genom att barnet vågar berätta om sina önskemål och erfarenheter.	K I
Mattsson J, Forsner M, Castrén M, Arman M. 2013 Sverige	Caring for children in pediatric intensive care units: an observation study focusing on nurses' concerns.	Att utveckla innebörden av omvårdnad genom att studera sjuksköterskors oro i vården på en barnintensivvårdsavdelning	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=33) specialistsjuksköterskor observerades och 30 intervjuades <u>Datainsamling:</u> Observationer och intervjuer <u>Dataanalys:</u> Fenomenologiskt tillvägagångssätt	33 (3)	Det framkommer vikten av att sjuksköterskan gör barnets föräldrar delaktig, vilket även ökar delaktigheten för barnet. Men risk finns att barnet ses som en del av föräldern och inte en egen person. Det framkommer även vikten av att se barnet ur ett holistiskt synsätt.	K I
Ringnér, A., Öster, I., Björk, M., & Graneheim, U. 2013 Sverige	Talking via the Child: Discursively Created Interaction Between Parents and Health Care Professionals in a Pediatric Oncology Ward	Att beskriva det diskursiva mötet mellan sjukvårdaren och barnets föräldrar	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=66) varav(n=25) sjukvårdspersonal varav(n=14) sjuksköterskor, (n=25) föräldrar (n=16) barn <u>Datainsamling:</u> Intervjuer och observationer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	66 (-)	Sjukvårdspersonalen hade ett barn- och familjecentrerat bemötande i vårdandet. Föräldrarna hade strategier i mötet som var att förklara för barnet och föra barnets talan. Beroende på vilka olika strategierna så kunde olika möjligheter skapas för delaktighet i vården	K I

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)

I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Sahlberg, S., Karlsson, K., & Darcy, L. 2020 Sverige	Children's rights as law in Sweden-every health-care encounter needs to meet the child's needs.	Att utforska barns upplevelser och barnsjuksköterskors erfarenheter av vårdande i enlighet med UNCRC	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=23) varav (n=10) barn (n=13) sjuksköterskor <u>Datainsamling:</u> Intervjuer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	23 (-)	Barn mötte inte alltid vårdpersonal med rätt kompetens för att ta hand om dem. Barnet blev inte alltid vårdat i en barnvänlig miljö. Trots att sjuksköterskor hade kompetens för att tillgodose barns rättigheter inom vården, gjorde organisationsfrågor det utmanade. Att ge vård enligt UNCRC- principerna kräver tid och kompetens. Tid för att hjälpa barn att vara delaktiga i sin vård och se till att barnet känner sig trygg ansågs nödvändigt.	K I
Schalkers I, Parsons CS, Bunders JF, Dedding C. 2016 Nederländerna	Health professionals' perspectives on children's and young people's participation in health care: a qualitative multihospital study	Att undersöka vårdpersonalens perspektiv på barns deltagande i barnsjukhusvård och deras åsikter om att förbättra deltagandep Praxis	<u>Design:</u> Kvalitativ deskriptiv <u>Urval:</u> (n=32) sjukvårdspersonal varav (n=9) chefer på pediatrika avdelningar, (n=7) barnläkare och (n=6) pediatrika sjuksköterskor, (n= 7) sjukhus lek ansvarig, (n=1) sjukhuschef, (n=1) kommunikationsrådgivare och (n=1) politisk rådgivare <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Kvalitativ innehållsanalys	32 (-)	Sjukvårdspersonal använder inte ofta begreppet deltagande men alla känner sig bekanta med de idéer som ligger till grund för termen, och det uppfattas som att de är kärnan i deras arbete. Personalen var övertygade om att deltagande för barnet är möjligt i stor utsträckning i den grundläggande vården för barnet. Deltagande för barnet i medicinskt beslutsfattande ansågs vara mer komplext. Deltagarna uttryckte ett starkt behov av att öka barns deltagande i utvärderingen av vården och att öka respekten för och förståelsen för barns rätt att delta i vården.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet

Matris över inkluderade artiklar

Författare År (för publikation) Land (där studien genomfördes)	Titel	Syfte	Metod (Design, urval, datainsamling och analys)	Deltagare (bortfall)	Resultat	Typ Kvalitet
Stålberg, A., Sandberg, A. & Söderbäck, M. 2018 Sverige	Child-centered care: Health professionals' perceptions of what aspects are meaningful when using interactive technology as a facilitator in healthcare situations.	Undersöka sjukvårdspersonals uppfattningar om vilka aspekter som är meningsfulla vid en gemensam användning av interaktiva tekniska hjälpmedel.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=4) sjukvårdspersonal varav (n=3) sjuksköterskor och (n=1) läkare <u>Datainsamling:</u> Semistrukturerade intervjuer <u>Dataanalys:</u> Explorativ Induktiv analys	4 (-)	Resultatet visade på att sjuksköterskorna och läkarna tyckte det interaktiva hjälpmedlet var användbart eftersom det gav information som hjälpte barnet öka sin delaktighet, modifiera förståelsen och minska farhågor. Hjälpmedlet var även användbart som ett ”gemensamt språk” mellan personalen och barnet som förbättrade deras kommunikation.	K II
Vaknin, O., & Zisk-Rony, R. Y. 2011 Israel	Including children in medical decisions and treatments: perceptions and practices of healthcare providers.	Undersöka hur respekten för barnets roll vidhålls i rutinvård och behandlingsbeslut av sjukvårdspersonal.	<u>Design:</u> Kvalitativ <u>Urval:</u> (n=143) varav (n=103) sjuksköterskor och (n=40) läkare <u>Datainsamling:</u> Självskattade upplevelser och frågeformulär <u>Dataanalys:</u> Statistisk dataanalys	143 (-)	Flertalet av studiens deltagare höll med om att barn ska få vara delaktiga i beslutsfattande. Faktorer som påverkade beslutsfattandet för barnet var olika.	K II

Randomiserad kontrollerad studie (RCT), Klinisk kontrollerad studie (CCT), Icke - kontrollerad studie (P), Retrospektiv studie (R), Kvalitativ studie (K)
I = Hög kvalitet, II = Medel kvalitet, III = Låg kvalitet