



SAHLGRENSKA AKADEMIN
INSTITUTIONEN FÖR VÅRDVETENSKAP OCH HÄLSA

”HALLÅ, DET ÄR JAG SOM ÄR PATIENTEN!”

En litteraturöversikt om barns delaktighet i vården

Therese Lilja

Charlotte Klerfalk

Uppsats/Examensarbete: 15 hp
Program: Sjuksköterskeprogrammet
Nivå: Grundnivå
Termin/år: VT 2017
Handledare: Marie Wendel
Examinator: Chatarina Löfqvist
Institutionen för Vårdvetenskap och hälsa

Förord

Stort tack till vår handledare Marie Wendel för god handledning. Särskilt tack för hennes fantastiska engagemang och tillgänglighet under hela arbetet!

Titel (svensk)	”Hallå, det är jag som är patienten!” - En litteraturöversikt om barns delaktighet i vården
Titel (engelsk)	”Hey, I’m the patient here!” - A literature review of child participation in health care
Examensarbete:	15 hp
Program:	Sjuksköterskeprogrammet
Nivå:	Grundnivå/
Termin/år:	VT 2017
Författare	Therese Lilja & Charlotte Klerfalk
Handledare:	Marie Wendel
Examinator:	Chatarina Löfqvist

Sammanfattning:

En stor del av patienter inom vården utgörs av barn. Barn anses idag vara kompetenta individer vilka har rätt att ta del av information som rör dem. De har även rätt att uttrycka sina åsikter, vilka ska tas i beaktning utifrån ålder och mognad. Barnet står dock i beroendeställning till sina föräldrar såväl som till sjuksköterskan. Det är därför viktigt att belysa barnets perspektiv och dess upplevelser av delaktighet inom vården. Detta för att kunna tillgodose barnets önskan och därmed ge barnet en god och anpassad vård. **Syfte:** Att belysa barns upplevelser av delaktighet i mötet med sjuksköterskan på sjukhus. **Metod:** En litteraturöversikt där tolv vetenskapliga kvalitativa artiklar publicerade mellan år 2006 och 2015 har granskats och sammanställts. Artiklarna är intervjustudier alternativt observationsstudier gjorda med barn och i vissa fall även med föräldrar och sjuksköterskor. **Resultat:** Barnens erfarenheter av delaktighet resulterade i två huvudteman *Förutsättningar för delaktighet* och *Hinder för delaktighet*. Barnets delaktighet styrdes av ett samspel mellan barnet, föräldrarna och sjuksköterskan. Samtliga parter inställning påverkade förutsättningarna. Särskilt stort inflytande hade sjuksköterskan som sitter på den information som övriga parter är i behov av för att kunna samverka. **Slutsats:** Barnen vill delta i sin vård men hamnar ofta i skuggan av de vuxna på grund av en ojämn maktbalans samt vuxnas undanhållande av information, utifrån viljan att skydda barnet. För att uppnå en jämställd maktstruktur behöver barnets ställning stärkas. Sjuksköterskan behöver därför vara kunnig rörande barns utveckling och kunna anpassa sin omvårdnad och kommunikation därefter. Det är även av högsta vikt att sjuksköterskan är insatt i barnens rättigheter, och är beredd att gå in som barnets advokat för att stötta dessa.

Nyckelord: Delaktighet, kommunikation, barn, sjuksköterska, omvårdnad.

Innehållsförteckning

Inledning	1
Bakgrund	1
Synen på barn i historien.....	1
Styrdokument gällande barns rättigheter i sjukvården	2
Barnkonventionen relaterat till lagar	2
Sjuksköterskans ansvar och roll.....	3
Teoretisk referensram: Familjefokuserad omvårdnad	4
Barnperspektiv och barns perspektiv	4
Omvårdnadsbegrepp	5
Kommunikation	5
Delaktighet.....	6
Problemformulering	6
Syfte	7
Metod	7
Datainsamling.....	7
Urval.....	8
Kvalitetsgranskning.....	9
Dataanalys	9
Etiska överväganden.....	9
Resultat	9
Förutsättningar för delaktighet utifrån barnets upplevelser	10
Barnets roll – att få och vilja ta plats	10
Föräldrars roll - att agera barnets ställföreträdare.....	11
Sjuksköterskans roll - att skapa förutsättningar för delaktighet	12
Hinder för barns delaktighet utifrån barnets upplevelser	13
Barnet - att inte förstå	13
Föräldrar - att skydda sitt barn.....	13
Sjuksköterskan - att inte närvara.....	14
Diskussion	14
Metoddiskussion.....	14
Resultatdiskussion.....	16
Balansen mellan rätten till skydd versus delaktighet.....	16
Familjefokuserad omvårdnad på gott och ont.....	17
Barnkompetensens betydelse.....	18
Kliniska implikationer	19
Slutsats	19
Framtida forskning	20
Referenser	21
Bilagor	27

Inledning

Denna studie inriktar sig på att belysa barns upplevelser av delaktighet i mötet med sjuksköterskor på sjukhus. Barns upplevelser är viktiga för att kunna utveckla och anpassa vården utifrån barns behov. Barn som hamnar på sjukhus upplever ofta en känsla av att vara i underläge då de kommer till en för dem okänd plats och är oroliga för vad som ska hända. De är beroende av vårdpersonalens kunskaper. För att minska underläget är det viktigt att respektera barnets integritet och göra dem delaktiga i vården (Bischofberger, Dahlquist, Edwinsson, Tingberg & Ygge, 2004). Patientlagen (SFS 2014:821) 4 kap. §3 handlar om samtycke och lyder: "När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad." Under de senaste åren har studier påvisat att barnen inte är involverade i beslut som rör deras vård (Söderbäck, 2010). Barnombudsmannens årsrapport (2006) visar att endast hälften av de tillfrågade barnen som träffat vårdpersonal ansåg att de blivit lyssnade till. Endast en av tre menade att de hade haft möjlighet att vara delaktiga.

Alla sjuksköterskor oavsett vart man jobbar kan komma i kontakt med barn som patienter. Som exempel kan Sahlgrenska universitetssjukhuset nämnas där 20% av alla inlagda barn år 2013 vårdades på en vuxenavdelning (Garnemark, 2014). Detta gör att en grundutbildad sjuksköterska med stor sannolikhet kommer att möta barn i sin profession.

Bakgrund

I bakgrunden ges en kort historieberövning av barnsjukvården följt av lagar och förordningar som ligger till grund för barnets rättigheter i barnsjukvården i Sverige. Sjuksköterskans ansvar och roll i omvårdnaden av barn i sjukvården tas sedan upp följt av en beskrivning av skillnaden mellan att ha ett *barnperspektiv* och ett *barns perspektiv*. Innebörden av familjefokuserad vård förklaras. Slutligen beskrivs de två omvårdnadsbegreppen *kommunikation* och *delaktighet*, som båda är centrala för det valda ämnet.

Synen på barn i historien

Synen på barn har varierat genom tiderna och präglats av såväl kulturella, sociala och historiska faktorer. Vilket synsätt samhället haft på barnet har legat till grund för vilka rättigheter som getts dem. Att se på barnet som medborgare, en ägodel eller underlydande är ett exempel på detta och skillnader finns än idag i olika kulturer. Barnen har historiskt ofta setts som familjens egendom, där barndomen varit kort och försörjningsansvar kommit tidigt. Detta förändrades i Sverige när skolplikt infördes i mitten på 1800-talet. Vid samma tid förbjöds även barn under tolv att arbeta i fabriker och industrier. Under 1900-talet utvecklades den auktoritära barnuppfostran mot en mer demokratisk sådan. Orsakerna till detta var b.l.a. forskning om barn och utvecklingspsykologiska teorier, att lagar infördes som förbjöd äga och utvecklandet av rättigheter specifikt för att skydda barn. Den första barnavårdslagstiftningen kom år 1902 och fastställde barns rätt till samhällelig vård, fostran och skydd (Holmdahl, 2000).

Det har inte alltid funnits vård specifikt utformad för barn. De första barnsjukhusen i Europa kom i mitten på 1800-talet där miljön var hemlik och mödrar hade möjlighet att närvara. Sjukhusystemet ändrades dock i slutet på 1800-talet, då man införde stränga rutiner bl.a i renlighet, vilket innebar att barn och föräldrar separerades under barnets tid på sjukhus. På 1950-talet kom studier som visade negativa effekter av dessa rutiner. Utvecklingen gick snabbt mot fria besökstider för anhöriga och idag är föräldramedverkan en självklar rättighet för barn som vistas på sjukhus. Barnsjukvården i Sverige idag är i ständig utveckling av nya vård-, utrednings- och behandlingsformer där mer och mer vård både centraliseras och flyttar ut i hemmen (Hallström, 2015).

Styrdokument gällande barns rättigheter i sjukvården

Barn är en särskilt sårbar grupp som alltid befinner sig i underläge gentemot vuxna. Därför är särskilda rättigheter för barn utformade. Barns rättigheter beskrivs och fastställs i en rad olika styrdokument och lagar. Till grund för allt omvårdnadsarbete med barn ska FNs konvention om barns rättigheter ligga, barnkonventionen (UNICEF, 1989). Barnkonventionen antogs 1989 av Förenta Nationerna för att beskriva barn och ungas rättigheter, vilka presenteras i femtiofyra artiklar. De artiklar som är intressanta för vårt fördjupningsarbete berör vården av sjuka barn och kommer i följande avsnitt att beskrivas och relateras till lagar inom hälso- och sjukvården. Barn definieras genomgående i detta fördjupningsarbete som personer under arton år enligt barnkonventionens artikel 1 (UNICEF, 1989).

Barnkonventionen relaterat till lagar

Barnkonventionen är ännu ingen lag i Sverige, men Sveriges riksdag anlade 2010 en strategi som bland annat säger att all lagstiftning ska göras i överenskommelse med barnkonventionen och att alla som arbetar med barn ska ha kunskap om barnkonventionen (Riksdagens strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige, 2010). Flera av barnkonventionens artiklar är i samstämmighet med hälso- och sjukvårdens lagar. I artikel 3 betonas att i alla åtgärder som rör barn, vare sig det vidtas av offentliga, privata institutioner eller lagstiftande organ, skall barnets bästa komma i främsta rummet (UNICEF, 1989). Detta är samstämmigt med Patientlagen (SFS 2014:821) kap.1 §8 *”När hälso- och sjukvård ges till barn ska barnets bästa särskilt beaktas”*.

Artikel 5 i barnkonventionen anger likt Föräldrabalken kap. 6 §11 (SFS 1949:381) att vårdnadshavare har ansvaret för sitt barn och ska tillgodose barnets behov och bästa. *”Vårdnadshavare har rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör sitt omyndiga barn (0-18 år), men också att barnets åsikter skall beaktas i takt med stigande ålder och utveckling.”* Detta kapitel i Föräldrabalken fick ny lydelse 1983 (Lag 1983:47).

Artikel 12 betonar att alla barn som är i stånd att bilda egna åsikter har rätt uttrycka dem i alla ärenden som gäller barnet. Detta ska tillmätas betydelse i förhållande till ålder, utveckling och mognad, vilket är i samklang med Patientlagen (SFS 2014:821). 4 kap. §3 handlar om samtycke: *”När patienten är ett barn ska barnets inställning till den aktuella vården eller behandlingen så långt som möjligt klarläggas. Barnets inställning ska tillmätas betydelse i förhållande till hans eller hennes ålder och mognad.”* Kap. 5 i Patientlagen handlar om delaktighet och §1 lyder: *”Hälso- och sjukvården ska så långt som möjligt utformas och genomföras i samråd med patienten”*.

Artikel 17 anger att barnet har rätt till information, i synnerhet sådan som syftar till att främja dess fysiska och psykiska hälsa. Denna artikel är samstämmig med Patientlagens (SFS 2014:821) kap. 3 som handlar om patientens rätt till information. §3 lyder “*När patienten är ett barn ska även barnets vårdnadshavare få information*” och enligt §6: “*Informationen ska anpassas till mottagarens ålder, mognad, erfarenhet, språkliga förutsättningar och andra individuella förutsättningar. Mottagaren har rätt att avstå från information om så önskas*”.

Flera andra rådande lagar berör barns rättigheter bland annat Socialtjänstlagen (SoL, SFS 2001:453) och Lag om barnombudsman (SFS 1993:335). I övrigt omfattas barn likt vuxna av Patientsäkerhetslagen (PSL, SFS 2010:659) och Hälso- och sjukvårdslagen (HSL, SFS 2014:821).

Ytterligare riktlinjer för vård av sjuka barn finner man i NOBAB. NOBAB står för *Nordisk Standard för barn och ungdomar inom hälso- och sjukvård* och är en ideell förening som arbetar för barns rättigheter och behov inom hälso- och sjukvård. Föreningen ingår i det nordiska nätverket *Nordic network for children's rights and needs in health care* som bildades 1980. Nobabs riktlinjer ska användas som vägledning för vård av barn och tillse att hälso- och sjukvård erhåller samma kvalitet Norden över (NOBAB, 2011).

Sjuksköterskans ansvar och roll

Specifika lagar som styr sjuksköterskans arbete är HSL (SFS 1982:763), SoL (SFS 2001:453) samt PSL (SFS 2010:659). Det ligger i sjuksköterskans ansvar att barnet får det bemötande och den vård och omsorg som det enligt lag har rätt till. International Council of Nurses (ICN) har utformat en etisk kod för sjuksköterskor som specificerar fyra grundläggande ansvarsområden för sjuksköterskan. Dessa fyra ansvarsområden är att främja hälsa, att förebygga sjukdom, att återställa hälsa samt att lindra lidanden (ICN, 2014).

Barn är inte små vuxna. Barn är människor i utveckling. Under denna mognadsutveckling genomgår barnet olika utvecklingsfaser, som utgör förutsättningarna för hur de skall kunna tolka, förstå och möta omgivningen (Hallström, 2015). För att forma en god omvårdnad för barn och unga krävs det att sjuksköterskan har god barnkompetens. Barnkompetens omfattar såväl formell som empirisk kunskap. För att ta tillvara på barnets unika erfarenhet och personlighet fordras ett lyhört och uppmärksamt förhållningssätt (Söderbäck, 2010).

I mötet med barnet måste sjuksköterskan även vara medveten om det ojämlika maktförhållandet som råder i relation mellan sjuksköterska och patient, vilket ytterligare förstärks då patienten är ett barn. En målsättning för god omvårdnad är att balansera upp denna ojämna maktbalans. Detta för att patienten och dess närstående skall känna delaktighet samt att de är respekterade och trygga (Fossum, 2007). Barnkompetens inrymmer förmågan att kommunicera med såväl barn, anpassat till ålder och kognitiv mognad, som med föräldrar. Sjuksköterskan skall ha tilltro till barnets förmåga att förstå och beskriva sin situation samt insikt om att alla barn skall vara med och utforma sin vård. Vårdpersonalens perspektiv och sociala kompetens präglar mötet, vården och vilka möjligheter barnet ges att vara delaktig i sin vård (Söderbäck, 2010).

Teoretisk referensram: Familjefokuserad omvårdnad

I detta fördjupningsarbete har författarna valt familjefokuserad omvårdnad som teoretisk referensram. I arbetet med sjuka barn spelar föräldrar en betydande roll, då de i skiftande grad, beroende på ålder och mognad kan sägas vikariera för barnets bristande autonomi under uppväxten (Bischofberger et al., 2004). Föräldrarnas involvering i vården av barn gör att den familjefokuserade omvårdnaden blir extra betydelsefull inom vården av sjuka barn. Som tidigare nämnts har föräldrarna (vårdnadshavare) både rätt och skyldighet att bestämma i frågor som rör deras barn, men också att succesivt ökande hänsyn skall tas till barnets åsikter i takt med barnets åldrande och mognad. Det innebär i praktiken att föräldrarnas inställning blir avgörande, då deras personliga syn på barnets kompetens och rättigheter kan ge barnet olika förutsättningar till delaktighet (Söderbäck, 2010).

När en familjemedlem drabbas av sjukdom påverkas hela familjen och det innebär ofta stor påfrestning och omställning (Benzein, Hagberg & Saveman, 2012). Inom hälso- och sjukvården ska barnet ha självklar tillgång till sina föräldrar enligt punkt 2 NOBAB (2011). Föräldrarnas medverkan och närvaro spelar en avgörande roll rörande vårdkvalitén för barnet (Söderbäck, 2010). Att föräldrar är de viktigaste personerna för barn och ungdomar, även på sjukhuset betonar även Benzein et al. (2012).

I den familjefokuserade omvårdnaden ligger fokus på individ och familj samtidigt. Principen är att involvera anhöriga i vården, skapa en förtroendefull och icke-hierarkisk relation med dem. Man ser familjen som ett system vilket betyder att man fokuserar på interaktionen och relationen mellan familjemedlemmarna. Det innebär också ömsesidighet, att delge information och ta tillvara på föräldrars kunskaper om sitt barn. Familjens unika behov, problem och resurser skall ligga till grund för den familjefokuserade omvårdnaden. definieras i detta arbete som en självvald grupp människor med känslomässiga band. Familjemedlemmarna utgörs alltså av de personer som de själva väljer att inkludera (Benzein et al., 2012).

Barnperspektiv och barns perspektiv

För att belysa barns upplevelser i mötet med sjuksköterskan måste man först definiera två vanligt förekommande begrepp; *barnperspektiv* och *barns perspektiv*. Per Olav Tiller är en barnforskare som uttrycker: "*Med barnperspektiv tänker jag först och främst helt konkret på hur världen ser ut för barn. Det är vad barnet ser, hör upplever och känner som är deras verklighet*" (Tiller, 1991 sid. 72). Ett barnperspektiv kan förklaras som de vuxnas sätt att se barnet och se till barnets bästa. Det omfattar barns rätt till skydd, stöd och utveckling. Det innebär även för den vuxne att skapa en förståelse för hur barnet uppfattar sin situation och omvärld (Coyne, Hallström & Söderbäck, 2016). I vården innebär barnperspektivet att ta tillvara på barnets erfarenheter och göra barnet delaktig i vårdsituationen (Söderbäck, 2010).

Ett barns perspektiv kan förklaras som barnets eget perspektiv på sin situation och möjligheter att påverka den (Coyne et al., 2016). Begreppet barns perspektiv i vetenskapliga sammanhang handlar om att fånga de upplevelser, tankar och känslor som är barnets. Genom att tillämpa barnets perspektiv skapar man förutsättningar för att anpassa vårdsituationer utefter barnets behov och önskningsar (Sommer, Samuelsson, & Hundeide, 2010). Det är

viktigt att se skillnad på forskning som gjorts *på barn* och den som gjorts *med barn* (Söderbäck, 2010). I den förstnämnda forskningen uppskattas barns beteende och känslor av vuxna (barnperspektiv) medan barnet får tillfälle att berätta om sina upplevelser och erfarenheter (barns perspektiv) i den sistnämnda (Nilsson et al., 2015).

Omvårdnadsbegrepp

Författarna till detta fördjupningsarbete har valt att använda sig av två vårdvetenskapliga begrepp som är relevanta utifrån valt problemområde. Begreppen är *Kommunikation* och *Delaktighet* vilka definieras och beskrivs nedan.

Kommunikation

Kommunikation inom vården handlar om överförande av information. Kommunikation och språk är en grundförutsättning i vårdandet då det är av yttersta vikt att förstå den andres verklighet och upplevelser av sin situation (Fredriksson, 2012). Ordet kommunikation (communicato) "ömsesidigt utbyte" (communino) "att dela" eller (communicare) "något som blir gemensamt" eller "göra någon delaktig i" gör det tydligt hur nära förknippat kommunikationen är med relationer och delaktighet (Fossum, 2007). Kommunikation är sjuksköterskans viktigaste verktyg menar Bischofberger et al. (2004).

Kommunikation med barn i vården kan röra sig om att informera och förbereda barnet inför en behandling, instruera om egenvård, lyssna in patientens upplevelser och funderingar eller stötta i svåra situationer. För att skapa delaktighet och en individuellt anpassad vård är det viktigt att kommunikationen anpassas efter mottagarens ålder, mognad och situation (Magnusson, 2014). Centralt är att lyssna på barnet för att erkänna och respektera barns värde, menar Ringstedt (2013). Kunskap om barns kognitiva utveckling underlättar kommunikationen och gör att frågor och språk kan anpassas. Det är dock väldigt individuellt hur långt ett barn kommit i sin mognad och kan i hög grad påverkas av tidigare vårderfarenheter.

I kommunikationen inom pediatrik omvårdnad kan val av ord vara av yttersta vikt hävdar Bennett (2016). Viktigt är att inte använda svår terminologi med uttryck som kan missförstås på grund av barnets kognitiva ålder så som nål, mask eller sticka. Ärlighet och äkthet är också mycket viktigt i kommunikationen med barn. Barn är bra på att läsa av kroppsspråk och genomskåda om någonting döljs för dem. Har ett barn blivit lovad att en procedur inte skall göra ont, men ändå gör det, brister förtroendet och tilliten till vårdpersonalen (Fossum, 2007).

Kommunikationen inom barnsjukvården är komplex, då den inte bara sker mellan sjuksköterska och patient utan även inkluderar föräldrar och familj. Barnet är dessutom i underläge till både föräldern och sjuksköterskan. Kommunikationen sker inte sällan via föräldrarna till barnet. Ett exempel på detta är när en sjuksköterska frågar en pappa om hur barnet sovit och pappan i sin tur frågar barnet som svarar sin förälder. Frågan skulle med fördel kunna ställas direkt till barnet. Som sjukvårdspersonal sätter du tonen för kommunikationen och påverkar både patienter och anhöriga (Fossum, 2007).

Delaktighet

Delaktighet är idag en självklar del av god omvårdnad. Delaktighet kommer från latinets ord för "att dela". Definitionen av ordet har varierat genom tiderna. Enligt svenska akademins ordbok definieras ordet ur flera olika perspektiv (Svenska Akademien, 1925). Ur ett allmänt perspektiv har delaktighet betydelsen att ta del av eller få kunskap om. Tidigare innebär som gemensam och gemenskap har ersatts med engagerad, inblandad och aktivt medverkande (Svenska Akademien, 1925).

Delaktighet utgår ifrån respekt för patientens autonomi. Människans fria vilja och självbestämmande ses som mänskliga rättigheter. Detta förstärks i Patientlagen (2014:821) som beskriver patientens rätt till delaktighet, information och samtycke. Ur lagens synvinkel beskrivs delaktighet som patientens rätt att ta del i beslut om vård och behandling. En förutsättning för delaktighet är tillgång på adekvat och tillräcklig information. Det är sjuksköterskans ansvar att ge den information som krävs för att ge informerat samtycke (ICN, 2014).

Baston (2008) menar att barnets delaktighet i sin egen vård är av stor betydelse ur både rättighets- och hälsoperspektiv. Ett barn som blir involverad får ökad motivation, intresse och kompetens. Detta gör att barnet upplever en känsla av kontroll vilket i sin tur främjar barnets hälsa och utveckling. Delaktighet ska enligt Söderbäck (2010) utforma sig som anpassad information och förberedelser inför vårdprocedurer vilket leder till att minska barnets smärta och lidande. Delaktighet förutsätter att sjuksköterskan är lyhörd för vad det vård sökande barnet uttrycker eller vill förmedla.

Sjuksköterskan bör se till varje barn som en individ och anpassa dess möjlighet till delaktighet utifrån barnets tidigare erfarenheter, kunskaper och mognad samt utifrån den specifika situationen (Söderbäck, 2014). Men mognad är något som är komplext att tolka och någon exakt definition finns inte. Barnrättskommittén beskriver mognad som kapacitet att självständigt uttrycka sina åsikter (Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12, 2014). Mognad kan också definieras utifrån färdigheter som förmågan att tänka långsiktigt, se flera perspektiv samtidigt eller väga fördelar mot nackdelar (Socialstyrelsen, 2015). I förarbetet till SoL kommer man fram till att barnet är moget till att själv få ge samtycke till en sjukvårdsåtgärd om det förstår vårdinsatsen och dess möjliga konsekvenser (Prop. 2012/13:10 s. 39). Bristen på definition och användbara verktyg gör att barnets möjligheter till delaktighet är problematiskt, då mognaden bedöms subjektivt av sjuksköterskan i mötet med barnet.

Problemformulering

20% av Sveriges befolkning utgörs av barn och ca 100.000 vårdas årligen inlagda på sjukhus (Statistiska centralbyrån, 2016). Trots att så många patienter i Sverige utgörs av barn är forskningen *med* barn mycket liten. Forskning som gjorts inom barnsjukvården tenderar att fokusera mer på föräldrarnas upplevelser snarare än barnens, enligt Johansson (2007) och belyser vikten av att forskning görs med barn utifrån "barnets perspektiv". Barn och ungas erfarenheter och upplevelser av att vara på sjukhus är något man måste utgå från om vården skall kunna formas till att möta barnens behov som patienter (Bishop, 2010).

Barnet står alltid i någon form av beroendeställning, både till föräldrar och vårdpersonal. Barn har enligt Patientlagen (2014:821) rätt till att utefter ålder och mognad vara delaktig i

den egna vården. Detta kan stå i kollision med föräldrabenken som säger att vårdnadshavaren har skyldighet och rätt att bestämma i frågor som rör det omyndiga barnet. Även om barnet har svårt att fullt ut kunna ta alla typer av beslut vet det sjuka barnet bättre än någon annan hur det är att vara den som är sjuk. Det är av stor vikt att synliggöra barnens egna upplevelser av delaktighet för att tillgodose patientens behov av en god och anpassad vård.

Syfte

Att belysa barns upplevelser av delaktighet i mötet med sjuksköterskan på sjukhus.

Metod

Detta fördjupningsarbete har gjorts enligt Fribergs (2012) beskrivning av en litteraturöversikt. En litteraturöversikt har som syfte att kartlägga, sammanfatta och möjliggöra för slutsatser av redan publicerad forskning (Friberg, 2012). Ett tydligt syfte samt inklusions- och exklusionskriterier ska anges inför artikelsökning. I analysen av valda artiklar kan både kvalitativa och kvantitativa studier ingå och de skall granskas enligt vedertagen mall. Då syftet för detta fördjupningsarbete var att beskriva barns upplevelser valdes kvalitativa studier ut. I kvalitativ forskning är det möjligt att ge en fördjupad och nyanserad bild av en individs upplevelser och erfarenheter (Friberg, 2012). Genom denna forskning kan individens behov och eventuella förväntningar framgå som kan vara en vägledning för sjuksköterskan i mötet med barn.

Datinsamling

Artikelsökningar gjordes enligt Karlsson (2015) och skedde i databaserna PubMed och Cinahl. Pubmed är en databas som täcker material inom såväl medicin som omvårdnad och tandvård. Cinahl innehåller mer material inriktat på omvårdnadsforskning och har av den anledningen varit den mest givande sökmotorn i detta arbete.

Utifrån studiens problemområde och syfte gjordes två sökningar. Enligt Friberg (2012) är det väsentligt att göra en inledande sökning och en egentlig sökning för att stärka innehållsvaliditeten. Den inledande sökningen gjordes för få vidare kunskap och överblick över ämnesområdet. Sökningen hjälpte författarna att utifrån intressanta abstract välja passande sökord inför den egentliga sökningen. Karlsson (2015) menar att man kan göra sökningen mer exakt genom att använda sig av ämnesord. För att få korrekta ämnesord använde författarna sig av dokumentet från Karolinska Institutet med samlade MeSh-termer för upplevelser och bemötande (Karolinska institutet, 2013). Där fann man termen "*Nurse-patient relation*" som användes för att få fram artiklar rörande patientens och sjuksköterskans relation. Denna term fann man även i Cinahl-headings. Sökordet *child* som användes i samtliga sökningar fanns både som MeSh-term och i Cinahl-headings.

Utöver Mesh-termerna användes fritextord, vilka samtliga hittats som nyckelord i intressanta abstract. Sökorden *Interaction* och *communication* användes för att belysa själva mötet mellan barnet och sjuksköterskan. *Decision-making* och

participation användes som sökord för att finna fler artiklar med tydligt fokus på delaktighet. Termen *hospitalized children* användes för att begränsa träffarna till barn på sjukhus. Enligt Cinahl-headings rekommenderades termen *child, hospitalized* som därför användes. I sökningen användes booleska operationer. Detta innebär att man t.ex. använder ordet AND mellan två ord för att inkludera båda orden i sökningen (Karlsson, 2015). Många artiklar dök upp som dubletter i flera av sökningarna.

Sökningen bör omfatta flera databaser för att ge en tillfredsställande omfattning (Östlundh, 2012). Därför gjordes även en sökning i PubMed. Sökord anpassades här efter denna databas. Det fria sökordet *participation* användes enligt Mesh som *patient participation*. Författarna använde trunkering av *child* för att få resultat med alla böjelseformer av ordet eftersom detta inte sker automatiskt i PubMed. Sökningen resulterade i fler träffar än i Cinahl, men antalet relevanta abstract och valda artiklar blev identiskt. Därav valdes inte någon ytterligare artikel från PubMed.

Manuella sökningar gjordes från valda artiklars referenslistor. Då fann författarna en intressant artikel av Ingrid Runeson men som ansågs vara för gammal varpå nyare forskning av samma författare söktes och valdes ut. Artikeln av Brady (2009) erhöles från relaterade artiklar. Se söktabell, bilaga nr 1.

I Cinahl användes avgränsningen "peer-Reviewed". Avgränsningen garanterar att artiklarna har granskats av andra forskare före publicering vilket säkrar kvaliteten på forskningen (Karlsson, 2015). Ytterligare avgränsning som gjordes var att artiklarna skulle vara publicerade mellan år 2006 - 2017.

Urval

Initialt i sökningsprocessen gjordes en bedömning av artiklarnas titlar vilket möjliggjorde gallring av artiklar som inte var relevanta för vårt syfte. Vidare lästes relevanta abstract och av dessa valdes 26 artiklar ut för granskning. Enligt Friberg (2012) ska tydliga exklusions- och inklusionskriterier finnas för att tydligt kunna motivera och redovisa hur urvalet gått till.

Inklusionskriterier var att artiklarna skulle svara på studiens syfte och därmed beröra barn som varit i kontakt med en sjuksköterska. Urvalet begränsades till barn som besökt eller varit inläggande på sjukhus. Valda artiklar har såväl flickor som pojkar som informanter i sina studier och barnen är mellan 5-18 år gamla. Diagnos har inte varit ett exklusionskriterier då man har velat få en generell bild av situationen för barn på sjukhus och eventuellt se om det i artiklarna framkommer skillnader mellan olika diagnosgrupper. Artiklar som var skrivna på annat språk än engelska eller inte svarade på syftet exkluderades. Studier som hade få deltagare, var gjorda på annan plats än sjukhus, eller studier som hade likartade resultat, så kallade dubbelpublikationer, valdes bort (Rosén, 2015). Slutligen valdes 12 artiklar ut. Samtliga artiklar är kvalitativa då dessa beskriver upplevelser, erfarenheter känslor och tankar vilket svarar mot uppsatsens syfte. Utöver barn intervjuades även föräldrar och sjuksköterskor i några av dessa. Studierna är gjorda på sjukhus i Sverige, Norge, Spanien, Israel, USA, England och Irland.

Syftet i samtliga valda artiklar stämmer överens med denna studies problemformulering och syfte, då de alla berör mötet mellan barn och sjuksköterska och/eller barns delaktighet i vården. De artiklar som belyser barnens syn på hur en bra sjuksköterska ska vara inkluderades för att få reda på vad barnen värdesätter i mötet med sjuksköterskan. Detta i betydelse för att stärka barnens röst och åsikter, relaterat till delaktighet då få studier uppmärksammats med barn som informanter.

Kvalitetsgranskning

För kvalitetsgranskning av funna artiklar användes ett granskningsprotokoll för kvalitativ artikelgranskning av Statens Beredning för medicinsk och social Utvärdering (SBU, 2014). Ett poäng delades ut för varje positivt svar. Författarna krävde att artiklarna skulle uppnå minst 16 poäng av 21 möjliga för att uppnå hög kvalitet. Granskningsprotokoll finns som bilaga 3.

Dataanalys

Artiklarna analyserades och jämfördes med stöd av Fribergs (2012) analysmodell för kvalitativa studier för att finna teman. Valda artiklar lästes först igenom översiktligt med fokus på resultatdelen för att få en helhetsuppfattning. Därefter lästes artiklarna igenom noggrant flertalet gånger för att få en djupare förståelse av materialet. Ur resultaten sorterade man fram meningsbärande enheter och nyckelfynd. Varje artikels enskilda resultat sammanställdes först enskilt och skrevs ner på postitlappar. Dessa bildade en schematisk översikt i form av en mindmap. Därefter identifierade författarna likheter och skillnader i artiklarnas resultat. I de fall olika åsikter framkom fördes en diskussion tills konsensus uppnåts. Innehåll som berörde samma sak sorterades under lämplig rubrik för att skapa områden och teman. Detta resulterade i sju subteman; *kommunikation, delaktighet, förutsättningar, hinder, barnets upplevelser, föräldrar och sjuksköterskan*. Resultaten analyserades vidare varpå en ny helhet skapades och författarna kom fram till en tydligare uppdelning. Sorteringen resulterade slutligen i två teman; *förutsättningar för delaktighet och hinder för delaktighet*. Detta med subteman i form av *barnet, föräldrarna och sjuksköterskan* på varje huvudtema.

Etiska överväganden

Samtliga artiklar som användes i denna litteraturstudie är granskade ur ett etiskt perspektiv vilket är förespråk av Wallengren (2015). Artiklarna har ett etiskt ställningstagande och har blivit godkända utav en etisk nämnd.

Resultat

Vi har studerat barns upplevelser av delaktighet i mötet med sjuksköterskan på en vårdavdelning. Nedan presenteras de teman och subteman som identifierats vid analysen av artiklarnas resultat.

Figur 1

Tema	Subtema
Förutsättningar för delaktighet utifrån barnets upplevelser	Barnet - att få och vilja ta plats Föräldrarna - att agera barnets ställföreträdare Sjuksköterskan - att skapa förutsättningar för delaktighet
Hinder för delaktighet utifrån barnets upplevelser	Barnet - att inte förstå Föräldrarna - att skydda sitt barn Sjuksköterskan - att inte närvara

Förutsättningar för delaktighet utifrån barnets upplevelser

Resultatet visar att förutsättningarna för barns delaktighet som patient är beroende av ett samarbete mellan tre parter; barnet, föräldrarna och sjuksköterskan. Att skapa stabilitet och balans mellan dessa parter är väsentligt för att skapa ett jämställt informationsutbyte (Coyne, 2006; Mårtenson & Fagerskiöld, 2007). Barn, föräldrar och sjuksköterska bildar i samspel de bästa förutsättningarna för att möjliggöra barns delaktighet och har i sin tur olika preferenser som avgör möjligheten till detta.

Barnets roll – att få och vilja ta plats

I samtliga analyserade artiklar framkommer att barnen vill ta plats och vara delaktiga i varierande grad beroende på olika omständigheter. I studier gjorda av Coyne (2006, 2011a) uttryckte barnen detta ordagrant. De ville involveras i beslutsfattande, få sina åsikter respekterade och tyckte att information var en förutsättning för att kunna delta i diskussioner och förstå sin situation. I övriga artiklar togs barnens önskan om delaktighet upp utifrån delkomponenter såsom relationen till sjuksköterskan, att bli informerad och vilja vara insatt och förstå.

Vetgiriga och nyfikna barn visade högre grad av delaktighet. De sökte själva upp information genom att leta efter böcker och titta på tv-program som berörde deras sjukdomstillstånd. De tog även initiativ till samtal med vårdpersonal och tog kontakt med andra barn som gått igenom liknande saker, för att utbyta erfarenheter. Informationssökningen gjordes i hopp om att få ett bättre grepp om den egna situationen (Mårtenson et al., 2007; Coyne, 2006).

Relationen till sjuksköterskan hade betydelse för barnets upplevelser av delaktighet. Barnen uttryckte att möjligheter till delaktighet förbättrades när de kände till personalen, sjukhuset och vårdprocedurerna. Detta gjorde att de kände sig fria och bekväma med att våga ställa frågor (Coyne et al., 2011a). Barnen önskade att sjuksköterskan skulle lära känna dem och försöka ta sig tid för att umgås med dem när det var möjligt. Ibland såg barnen sjuksköterskan som en vän snarare än vårdpersonal, en person de kunde samtala med om intressen, idoler och musik (Coyne, 2006). I Noreña et al. (2011) var barnen positiva till att sjukvårdspersonalen delade med sig och berättade egna erfarenheter av att vara patient, detta

stärkte relationen till barnet och lindrade deras oro. Äldre barn sa även att de trodde att en sjuksköterska som själv gått igenom motgång förstod hur det kunde vara att leva med sjukdom och var bättre på att bemöta sina patienter (Randall et al., 2012). Hur personlig sjuksköterskan skulle vara rådde det dock delade meningar om. I Randall et al. (2012) önskar barnen istället att sjuksköterskan ska vara professionell i sin roll och inte vara för vänskaplig på så vis att de försöker uppträda som en vän eller familj.

Förtroende och ömsesidig interaktion är av stor betydelse för informationsutbytet mellan sjuksköterska och barn (Mårtensson et al., 2007). I samma studie var information och uppmuntran till delaktighet avgörande faktorer för barns möjlighet till medverkan. Barn uttryckte att de ville ha information om till exempel deras behandling, de ville veta hur det gått och hur framtiden ser ut gällande vård (Andersen et al., 2015). Äldre barn med tidigare vårderfarenhet var mer bestämda med att framföra sin vilja rörande sjukvården och behandlingsbeslut (Coyne, 2006).

Barnen uttrycker i studierna en önskan om att behandlas respektfullt (Coyne, 2006; Livesley & Long, 2013; Noreña et al., 2014). De ville bli bemötta som individer och att sjuksköterskan skulle sätta värde på deras personliga vilja. Sjuksköterskan önskades vara flexibel och villig att samarbeta på så vis att hon kunde anpassa vården efter deras önskan (Brady, 2009; Noreña et al., 2014; Randall & Hill, 2011; Schmidt et al., 2007). Sjuksköterskor som kan tänka sig att ibland bryta mot sjukhusreglerna talades om som någonting positivt, då det gjorde att barnen kände sig speciella (Brady, 2009). Regelbrotten uttrycktes i studien vara handlingar sjuksköterskan gjorde för att individanpassa vården. De barn som informerats under sin sjukhusvistelse och upplevde att de fått vara delaktig i sin vård uttryckte att de kände sig värdefulla och glada. De uttryckte också att de känt sig mindre oroliga då de var förberedda på vad som skulle ske (Coyne, 2006).

Föräldrars roll - att agera barnets ställföreträdare

Föräldrars inställning har visat sig vara en avgörande faktor till barns delaktighet. I studier av Coyne (2006, 2011a) och Mårtensson et al., (2007) menar sjuksköterskorna att barnets delaktighet är beroende av föräldrarnas inställning och godkännande snarare än barnets förmåga.

Det framkommer tydligt när man frågat föräldrar om deras inställning att de tyckte att barnen skulle vara delaktiga (Coyne, 2006). När föräldrarna stöttade barnens vilja att involveras så ökade också barnens delaktighet Coyne et al., (2014). För att detta skulle ske utgjorde bra kommunikation mellan föräldrar och sjuksköterskan en viktig grund. Då barnen upplevde att de själva hade svårt att kommunicera med sjuksköterskorna förlitade de sig istället på föräldrarna, och ville att föräldrarna skulle föra deras talan (Coyne et al., 2011a; Livesley et al., 2013).

Det fanns i studierna barn som uttryckte en önskan om att slippa information, av rädsla för att den bara skulle göra dem oroliga (Andersen et al., 2015; Coyne et al., 2011a). Dessa barn ville istället att deras föräldrar skulle företräda dem. Även när det gäller beslutsfattande var det barn som uttrycker att de vill vara med och bestämma i små beslut, men överlåta stora och "seriösa" beslut till föräldrar och personal. Små beslut kunde då röra den vardagliga omvårdnaden medan stora beslut handlade om exempelvis större operationer. Barnen menade då att sjukvårdspersonalen i sin roll som experter borde bestämma och hade även

uppfattningen att deras föräldrar är de som vet bäst. I övriga fall ville barnen få vara med och besluta tillsammans med sjukvårdspersonal och föräldrar. Barnen använde ibland sina föräldrar som advokater för att framföra sina frågor och ta reda på information. Föräldrar har således en bärande roll för barnens delaktighet (Coyne et al., 2011a; Livesley et al., 2013).

Sjuksköterskans roll - att skapa förutsättningar för delaktighet

Utifrån barnens upplevelser kom många faktorer fram rörande sjuksköterskans inverkan på barnets delaktighet. Sjuksköterskans attityd och bemötande var av stor vikt för barnen i alla intervjustudier. Egenskaper som rolig, snäll, trevlig och glad var sådant som uppskattades och efterfrågades (Brady, 2009; Coyne, 2006; Randall et al., 2012; Schmidt et al., 2007). I studierna framkom dessutom att barnen var mycket observanta på sjuksköterskans kroppsspråk, som om sjuksköterskan till exempel gav dem ögonkontakt (Brady, 2009).

Barnen uttryckte att sjuksköterskans kvalitét avgörs helt utifrån hens förmåga att bygga relationer (Noreña & Cibanal., 2011). Barnen ville att sjuksköterskan skulle se och bekräfta dem som individer och tala med dem om mer saker än bara det som behandlingen krävde (Schmidt et al., 2007). Småprat lyfts exempelvis fram av barnen som något positivt och tillfällen då sjuksköterskorna tittade in hos dem i förbifarten uppskattades. De små samtalen hjälpte till att bygga relationer och barnen upplevde att sjuksköterskan såg och förstod deras upplevelser bättre i och med dessa samtal (Coyne et al., 2014; Noreña et al., 2011, 2014). Barnens upplevelser av sjuksköterskans förmåga till social interaktion och bemötande rörde inte bara barnen i sig. Barnen var även observanta på hur sjuksköterskan bemötte deras familj och andra som kom för att besöka dem på sjukhuset (Brady, 2009; Randall et al., 2012).

Det fanns en stark önskan om att få samtala om sina erfarenheter med sjuksköterskan och sjuksköterskans förmåga att lyssna var viktig för barnen. Om hen kunde förstå barnet kunde hen också lättare lindra deras smärta och stötta dem i deras situation (Coyne, 2006, 2011a; Mårtensson & Fagersköld, 2007; Noreña et al., 2011; Schmidt et al., 2007). Rörande sjuksköterskans förmåga att lyssna fanns blandade erfarenheter och en del önskemål på vad som kunde göras bättre. Exempelvis önskades att sjuksköterskan skulle sitta ner så att de hamnar i samma ögonnivå som barnet när de samtalar (Brady, 2009). I Schmidt et al. (2007) uttryckte barnen en vilja om att sjuksköterskan efter att ha lyssnat även skulle framföra barnets åsikt vidare och föra barnets talan i samtal med annan vårdpersonal.

Noreña et al. (2014) menar att kommunikation är viktigaste aspekten för att skapa delaktighet. Enligt Mårtensson et al. (2007) är det avgörande om sjuksköterskan delger information till barnet och ger barnet uppmuntran till att vara delaktig. En förutsättning för att informationen når fram och resulterar i delaktighet är att sjuksköterskan anpassar sitt språk, så att hen och barnet hamnar på samma nivå (Mårtensson et al., 2007; Noreña et al., 2014). Vikten av att sjuksköterskan är ärlig och trovärdig i samtalet lyfts också fram (Brady, 2009; Coyne et al., 2011a)

En grundförutsättning för ett gott samtal är att barnet känner sig tryggt. Yttre faktorer framkom som gjorde barnen trygga i mötet. Det kunde vara små detaljer som att sköterskan exempelvis bar en namnbricka, den signalerade att hon var en tillförlitlig och utbildad person (Brady, 2009) En annan faktor var att sjuksköterskan bar specifika arbetskläder, vilket visade, som barnet uttryckte det ”att man inte var vem som helst”(Randall et al., 2012). Professionalitet var således också viktigt för att barnen skulle känna sig trygga.

Hinder för barns delaktighet utifrån barnets upplevelser

Barnet - att inte förstå

Flera barn uttrycker i studien av Noreña et al. (2014) att de inte förstår vad som händer, vilket beskriver den barriär som står som hinder för barnets delaktighet. Brist på anpassad information, tid och återkoppling var hinder och sådant som gjorde att barnen kände sig exkluderade (Noreña et al., 2014). Flera av barnen hade erfarenheter av att inte bli lyssnad på, och upplevde att vårdpersonalen dessutom talade med föräldern över deras huvuden (Schmidt et al., 2007). *“Hallå, det är jag som är patienten!”* uttrycker ett barn då hon upplever att sjuksköterskan bara talar till föräldrarna (Coyne, 2006 sid 66).

Ett annat hinder för barnens delaktighet var barnens rädsla att vara till besvär. De ville inte störa genom att avbryta med egna frågor. Vid tillfällen då barnen märkte att sjuksköterskan skyndade på sjukvårdsprocedurerna så barnen att de valde att inte ville ställa frågor eftersom de märkte att sjuksköterskan redan var stressad (Coyne et al., 2011a). Eftersom barnets ålder, kognitiva mognad, inställning och sjukdomsbild avgör graden av delaktighet blir oförmåga till att själv söka kunskap också ett hinder (Coyne, 2006).

Barnen hade även svårt att veta sin roll i mötet med sjuksköterskan. De uttryckte osäkerhet över om de förväntades delta i samtalet rörande deras vård eller enbart skulle vara åskådare och lyssna på de vuxna medan de pratade. Detta exempelvis i fall där sjuksköterskan i huvudsak vände sig till föräldern (Noreña et al., 2011). Ytterligare ett hinder för delaktighet var deras egna inställningar och förväntningar av att göras delaktig. I Andersen et al., (2015) förväntar sig inte barnen att de skulle få vara delaktiga, och såg inte att de själva hade något att bidra med i utformningen av vården. Barn som inte ville delta förekom också, som tidigare nämnts och även barnets sjukdom kunde i vissa fall utgöra ett hinder, ju sjukare de var desto mindre ville eller hade de förmåga att delta i beslutsfattandet (Coyne et al., 2014).

I Coyne et al. (2011a) upplevde barnen att besluten togs av sjuksköterskan, utan valmöjligheter för deras del. Barnen förhöll sig till dessa situationer som *“något som bara måste göras”*. De barn som ville vara delaktiga men upplevde att de inte tilläts bli det, uttryckte att det fick dem att känna sig besvikna, oroliga och ledsna. Andra barn beskrev att de kände ilska, förvirring, chock och ensamhet (Coyne et al., 2011a, 2014; Livesley et al., 2013).

Föräldrar - att skydda sitt barn

Likväl som föräldrar med sin inställning kan påverka barnets delaktighet i positiv riktningen kan föräldrar ha en inställning som förhindrar barnens delaktighet (Coyne, 2006, 2011a; Mårtensson et al., 2007). Exempel på detta är barn som upplever sig bli tystade av föräldrarna och föräldrar som svarade på frågor över barnets huvud istället för att låta barnet svara själv. Det framkom även att flertalet barn upplevde att föräldrarna undanhöll information. Barnen i Noreña et al. (2014) och Coyne et al. (2011a) var väl medvetna om att deras familj hade fått mer information än de själva. Detta gjorde dem oroliga och fick dem att tänka att det måste vara någonting väldigt allvarligt eftersom de inte ville låta dem veta.

Frånvarande föräldrar kan också vara en orsak till att barnet inte blir delaktiga i vården. Livesley et al. (2013) visade på att barn som var blyga eller för sjuka för att orka föra sin talan och dessutom saknade stöttande föräldrar upplevde att de inte heller blev lyssnade på av sjukvårdspersonalen. De saknade en person som såg dem och agerade som deras

ställföreträdande röst, någon som kände dem och framförde deras önskan och vilja, då de inte själva vågade eller orkade pocka på uppmärksamhet.

Sjuksköterskan - att inte närvara

En närvarande sjuksköterska var viktigt för barnen, både att hon hade tid till att vara fysiskt närvarande på rummet, och lätt att få tag på, men framförallt att hon var närvarande i samtalet och i kontakten med barnet (Coyne et al., 2014; Noreña et al., 2011). Ett exempel på detta är barnens tidigare nämnda önskan om att sjuksköterskan skall lyssna aktivt på dem för att de skall känna att hon bryr sig om deras åsikt och tankar. Återkoppling var sedan viktigt för barnen, när de inte fick någon sådan blev de osäkra på om de verkligen hade blivit lyssnad på (Andersen et al., 2015; Noreña et al., 2014). Att sjuksköterskan skulle vara respektfull uttryckte ett flertal barn i Brady (2009), Randalls et al. (2011) och Livesley et al. (2013). I den sistnämnda uttryckte ett barn frustration över bristen på respekt då personalen inte kom i tid eller inte kom med någon ursäkt när de inte höll sina löften.

Barnen hade upplevelser av sjuksköterskor som var stressande och inte verkade ha tid för dem (Brady, 2009; Coyne, 2006). Livesley et al. (2013) redovisar att relationen till sjuksköterskan var av stor betydelse för om barnet blev lyssnat på eller inte. Tidsbristen försvårade kontinuerlig kontakt och möjligheten att skapa just en relation (Coyne et al., 2011a, 2014). När sjuksköterskan stressade blev informationen knapp, barnen gavs inte tid till att ställa frågor och ville då inte vara till besvär utan valde att vara tysta (Coyne, 2006). Barnen upplevde även att de exkluderades från information av sjukvårdspersonal. Många gånger gavs informationen för snabbt och på en kunskapsnivå som var för hög för dem vilket resulterade i att de inte förstod (Coyne et al., 2011a, Noreña et al., 2014). Runeson, Mårtenson & Enskär (2007) rapporterar att endast 43% av barnen var nöjda med given information och drygt hälften, 56% av barnen visste anledningen till deras sjukhusvistelse och medicinering. Ingen av barnen visste varför de skulle ta blodprover.

Diskussion

Metoddiskussion

Idén till valt ämne väcktes när författarna tidigare i utbildningen läste artikeln "*Hospitalized children's views of the good nurse*" (Bray, 2009). Artikeln beskriver barns sjukvårdserfarenheter utifrån barnets eget perspektiv, vilket få tidigare studier gjort. Valet att studera barns delaktighet gjordes eftersom ämnet behandlar situationer som en grundutbildad sjuksköterska kan komma i kontakt med i sitt yrkesliv.

Vi granskade artiklarna var för sig, för att därefter jämföra dessa med varandra. Detta stärker pålitligheten (Willman & Stoltz, 2015). Samtliga artiklar har i vår kvalitetsgranskning klassats som hög kvalitet. Etablerade granskningsprotokoll av SBU har används, men det bör dock understrykas att vi utifrån dessa gjort en subjektiv bedömning av vad som krävdes för att uppnå hög kvalitet. I de sökningar som genomförts fann vi att många av de valda artiklarna refererar till varandra. Då forskningsområdet rörande barn visat sig litet, hade vi kunnat utöka vår sökning genom att använda oss utav fler databaser för att öka trovärdigheten (Willman & Stoltz, 2015).

Antalet artiklar blev tolv stycken, efter att vi gallrat bort några på grund av ålder. Nyare studier valdes istället eftersom barnsjukvården är ett område som är under stor utveckling och förändring. Vår litteraturoversikt omfattar enbart kvalitativa studier. Valet att använda kvalitativa studier styrdes av syftet; att belysa barnets *upplevelser* av delaktighet inom vården. Enligt Willman och Stoltz (2015) ökar studiens trovärdighet om man använt sig av studier med samma design. Tio av dessa studier använder sig framför allt av semistrukturerade intervjuer. Sex av dessa studier har kompletterats med observationer av barn i mötet med sjuksköterskor och en studie har även använt sig av fokusgruppsintervjuer vid sidan av de individuella intervjuerna.

En aspekt att ta i beaktande i dessa studier är att personen som leder intervjun såväl som frågornas utformning påverkar intervjuens utfall. Detta spelar en särskilt stor roll i intervjuer av barn, som även kan vara begränsade i sitt sätt att uttrycka sig och skapar stort tolkningsutrymme för den som leder. Frågor har i vissa fall kompletterats med lek och teckningar, vilket också resulterar i subjektiva tolkningar. I valda artiklar har dock en tydlig beskrivning av intervjusituationerna gjorts. Utöver intervjustudier valdes även en observationsstudie. Denna är relevant för vår studie, då den specifikt tittar på informationsutbytet i samspelet mellan barn, sjuksköterska och förälder. Artikeln tillför viktig information som styrker det barnen uttrycker i de övriga studierna. Även i en observationsstudie bör subjektiviteten nämnas, samt forskarens påverkan på den miljö som ska observeras (Carlson, 2015). Samma etiska frågeställningar som finns i all annan forskning innefattas i forskningen med barn. Den som forskar om barn behöver speciell barnkompetens för att förstå och kunna tolka barnens beteenden och utvecklingsfaser. Samtycke krävs av såväl barnet som föräldrarna (Hallström, 2015).

I det samlade resultatet av samtliga artiklar deltar 320 barn, 52 sjuksköterskor och 32 föräldrar. Barn är dock en stor och heterogen grupp. Barnen var mellan fem och arton år gamla i de analyserade studierna. Att det var ett så stort spann i åldrar kan ses som en svaghet då exempelvis mognadsgrad och förmågan till kommunikation varierar stort inom gruppen. Orsaken till detta breda åldersspann är bristen på studier där sjukvården undersöks utifrån barnets perspektiv. En begränsad tillgång till studier, samt att studierna var och en för sig spände över stora åldersspann resulterade i att vi fick göra en väldigt övergripande studie av barn generellt. Det begränsade utbudet av forskning som gjorts med och inte på barn leder även till andra svagheter i denna studie. Framför allt att Coyne medverkar i inte mindre än tre publikationer och Noreña i två. Detta kan ses som en svaghet för det slutliga resultatet. Vi valde att ändå använda oss utav dessa artiklar då de tog upp kompletterande aspekter och tycktes relevanta hos andra forskare som flitigt citerat dessa.

Studierna är gjorda i Norge, England, Irland, USA, Sverige och Spanien. Samtliga länder har en förhållandevis likartad syn på såväl omvårdnad som synen på barn, vilket gör att de är användbara och jämförbara. Olika länder och kulturer var ingenting som framträdde i barnens svar och beskrivna upplevelser, resultatet av studierna gav en enad bild. Detta i kombination med att sjukvården bedrivs på ett likartat sätt kan tyda på en överförbarhet (Willman & Stoltz, 2015). Samtliga studier var skrivna på engelska, vilket inte är vårt modersmål. Detta gör att språkliga missuppfattningar kan uppstå och att små språkliga nyansskillnader kan ha gått oss förbi.

Resultatdiskussion

Resultatet behandlar barnets upplevelser av delaktighet i mötet med sjuksköterskan och visar på vilka hinder och möjligheter som finns för barnet till att medverka i det mötet. Utifrån vårt resultat har vi gjort en vidare analys där vi lyfter fram några viktiga aspekter rörande barn och delaktighet. Barnens erfarenheter får oss även att belysa och problematisera familjecentrerad omvårdnad som detta arbete lagt som vetenskaplig referensram.

Balansen mellan rätten till skydd versus delaktighet

Enligt barnkonventionen (UNICEF, 1989) har varje barn rätt till skydd men även rätt till att dess åsikter skall tas hänsyn till i takt med stigande ålder och mognad. Vårt resultat visar på komplexiteten i detta, då åldersangivelser och tydliga riktlinjer för när ett barn är moget nog att delta i beslutsfattande kring sin vård saknas. Utifrån ett barnperspektiv och alltså ett antagande om vad som är barnets bästa tenderar föräldrar och vårdpersonal att anta en skyddande roll gentemot barnet. De utgår ifrån att barnet är i behov av skydd då de är sjuka och i en ovan miljö, men detta utan att fråga barnet. Detta bekräftas även i tidigare forskning som visar att vuxna tenderar att skydda barnen från framförallt information, som är en avgörande förutsättning för delaktighet (Coyne och Harder., 2011b). Samtidigt ligger huvudansvaret att delge patienten adekvat information på sjuksköterskans axlar (ICN, 2014), vilket försätter sjuksköterskan i en etisk konflikt.

Barn är som vuxna olika och unika, de flesta barnen önskade att få information men det fanns även barn som inte ville veta. Man kan inte heller anta att ansvar och delaktighet i alla situationer gynnar barnet. Att pressa barnet till delaktighet kan leda till skada då barnet försätts i en situation utan säkerhet och stöd (Coyne et al., 2011b). Det kan också gälla i situationer då barnet är väldigt svagt och sjukt och saknar kraft att hantera information. Att göra dessa barn delaktiga i sin vård blir således att motsägelsefullt nog att låta dem slippa delaktighet.

Situationer och omständigheter varierar, delaktighet kan leda till negativ påverkan i en situation och bidra till minskat lidande i en annan. Det senare förstärker Runeson, Hallström, Elander och Hermerén (2002) i sin studie då de betonar att adekvat information och delaktighet i beslutsfattandet kan lindra barnets lidande i en svår och smärtsam upplevelse, då det ger en känsla av kontroll och trygghet. Att utesluta barn från beslutsprocessen kan göra dem mer förvirrade och rädda. I det längre perspektivet kan delaktighet i beslutsfattande också hjälpa barnet att utvecklas och förbereda dem för framtida tuffare beslut (Söderbäck, 2010). Detta visar att man varken kan tvinga på barnen för mycket inblandning eller utestänga dem då undanhållande av information reducerar möjligheten till delaktighet. Det problematiska för sjuksköterskan är att avgöra barnets vilja. Sjuksköterskan måste ha en stor lyhörddhet och förmåga att känna av om barnet vill göras delaktig eller inte. Det kan göras dels genom verbal kommunikation, öppna frågor till barnet men också genom att tolka icke verbala signaler hos barnet som tyder på ovilja.

Det är viktigt att påpeka att inte bara attityd och inställning har betydelse för om de vuxna väljer att göra barnet delaktigt. Även känslomässiga faktorer kan spela roll. Ett barn som hotas eller drabbas av sjukdom väcker starka känslor och stort engagemang hos personer i dess omgivning (Kreuger, 2000). Arborelius (1993) förstärker denna tes och menar att människor, såväl patienter som sjuksköterskor, inte bara påverkas av attityder, uppfattningar och information utan i hög grad även av emotionella faktorer. Kanske brister sjuksköterskans

och föräldrars information till barn på grund av dessa känslor som påverkar dem till att inta en skyddande roll. I tidigare forskning av Runeson et al. (2002) framkom att barnet inte fick delta i beslutfattandet i önskad utsträckning och inte i något fall upplevde de att de tvingats ta beslut som var för stora eller över deras förmåga. Vi ser då att vuxna har en tendens att överbeskydda barnen från information.

I två studier (Andersen et al., 2015; Coyne et al., 2011a) uttrycker barnen att de vill vara med och bestämma i små beslut, medan de kunde tänka sig att överlåta stora och "seriösa" beslut till de vuxna. Detta kan enligt författarna förklaras som barnens vilja att känna kontroll och vara delaktig på egen vald nivå. Boylan (2004) stärker detta med att poängtera att barnen kanske vill delta i diskussionen kring beslut angående deras vård för att göra deras röster hörda snarare än att ha fulla ansvaret för beslutfattandet. Genom att barnets delaktighet anpassas utefter rådande situation och omständigheter möjliggörs balans mellan skydd och delaktighet eftersom det skapar rum för barnens röster och åsikter. Att anpassa vården utefter dessa är att tillämpa barnets perspektiv. Att balansera barnens rätt till skydd med rätten till delaktighet är komplext i en vårdssituation, då föräldrarnas agerande i andan av barnets bästa och sätt att vilja skydda barnet ofta stämmer överens med sjuksköterskans och vårdavdelningens åsikter snarare än barnet verkliga intresse. Sjuksköterskan kan från sin position överblicka faktorer och därför spela en avgörande roll i att agera i barnets bästa intresse genom att tillämpa barnets perspektiv och därigenom anpassa hans eller hennes behov och önskningsar av skydd versus delat beslutfattande (Coyne et al., 2011b).

Familjefokuserad omvårdnad på gott och ont

Resultatet visar hur betydelsefulla föräldrarna är i barnets liv och hur stor påverkan de har för deras möjlighet till delaktighet. Detta stöds av Rindstedt (2013) som menar att om de stöttar sitt barn är det mycket mer troligt att barnet tillåts ta del i beslutfattandet. Att barnen förlitade sig på sina föräldrar när de inte själva orkade delta och såg sina föräldrar som deras talesperson är något som återfinns också i tidigare forskning. I Young, Dixon-Woods, Windridge, & Heney (2003) lyfter barnen också fram föräldrars hjälpande roll i kommunikationen med sjuksköterskan. Dels att föräldrarna där översatte vad sjuksköterskorna sade men även att föräldrarna gav dem självförtroende till att själva ställa frågor.

Föräldrar har idag större inflytande över sitt barns vård än tidigare årtionden bland annat på grund av att vården blivit mer familjefokuserad. En viktig aspekt utifrån perspektivet familjefokuserad omvårdnad är hur detta arbetssätt påverkar barn som saknar aktiva och stöttande föräldrar. I studien gjord av Livesley et al. (2013) framkom att barn utan stöttande föräldrar, upplevde att de inte blev lyssnade på. Sjuksköterskan bör enligt Benzein et al. (2012) reflektera över hur situationerna ska hanteras i de fall då familjen är en negativ influens i barnets liv. Familjens behov behöver inte alltid överensstämma med barnets behov (Björk, Nordström & Hallström, 2006) och sjuksköterskan har en viktig uppgift att fylla genom att agera barnets advokat i dessa situationer.

Runeson et al. (2002) belyser de problem som uppstår med föräldrar som blir alltför dominant, så att barnen själva hamnar i skymundan. Barnen hade där liknande upplevelser som i vår studie, av föräldrar som svarade i deras ställe och sjukhuspersonal som talade över barnets huvud. Det tycks vara en vanligt förekommande risk i familjefokuserad vård att barnet lätt hamnar i skymundan av föräldrarna och vårdpersonalen, då deras dominans och

övertag bildar en asymmetrisk maktstruktur menar Hallström, Runeson och Elander (2002). Utifrån vad som framkom i vår studie är vi beredda att hålla med. Kelly, Jones, Wilson, & Lewis (2012) förstärker detta spår och uttrycker oro för tillfällena när fokus flyttar från barnen till föräldrarna. När föräldrarna blir huvudpersoner finns stor risk att barnen, som är de egentliga patienterna, blir uteslutna. En del föräldrar kan behöva uppmuntras till att ta ett steg tillbaka för att möjliggöra för barnets röst att höras menar Runeson, Enskär, Elander och Hermerén (2001).

Vårt resultat visar tydligt att barn inte är passiva patienter utan vill och kan bidra med värdefulla insikter, vilket kan användas för att kritisera de vuxnas dominans i vårdsituationen. Att som sjuksköterska tillämpa ett familjefokuserat förhållningssätt och samtidigt vara lyhörd för barnets behov är en svår balansgång. Familjen är viktig för barnet, men barncentrerad vård kanske skulle kunna vara att föredra framför familjecentrerad. Barncentrerad vård kan göra att vuxnas maktövertag jämnas ut då barnets ställning förstärks och hamnar i fokus skriver (James & Curtis, 2012). De menar att det är till fördel särskilt för de tillfällena då barnen inte önskar eller behöver ständig närvaro av föräldrarna, vilket exempelvis kan gälla tonåringar. Avgörande för barnens grad av delaktighet är helt enkelt i vilken mån de ges möjligheter. Möjligheter skapas enligt barncentrerad vård genom att man ser barnet som en egen aktör och därigenom ger barnet plats, information och möjlighet att uttrycka sin åsikt. Barnet involveras i kommunikationen och diskussioner och de vuxna anammar barnets perspektiv. Vi anser att det finns stora poänger i och med detta synsätt som går i linje med barnkonventionens utgångspunkt att barnets bästa alltid skall komma i främsta rummet samt barnets rätt att få uttrycka sig och bli lyssnad till (UNICEF, 1989). Med tanke på barnets egen uttryckta behov av sina föräldrar, tror vi att även familjen får en naturlig del i ett barncentrerat arbete.

Barnkompetensens betydelse

I vår studie blir det tydligt att barnens delaktighet är beroende av ett samspel av flera parter. Relationen dem emellan är därför viktig. En tidigare studie av Young et al., (2003) påvisar vad som även framkommit i vår studie, att relationen mellan vårdpersonal och föräldrar avgör relationen mellan vårdpersonal och barn. Detta ställer höga krav på sjuksköterskans kommunikationsförmåga, då hen skall kunna nå fram och behärska relationen till såväl barnet som till föräldrarna. Kommunikationsförmågan är således central i sjuksköterskans förmåga till att skapa delaktighet. Att anpassad information är en förutsättning för att uppnå en förtroendefull relation och en nyckel till goda samarbeten mellan sjuksköterskan, barnen och deras föräldrar framkommer även i Hallström (2015) och Söderbäck (2010).

I vår studie kommer det fram att barn ibland upplevde att informationen gavs för snabbt och att svåra sjukvårdstermer gjorde den obegriplig, vilket således inte gav dem den kunskap de ville ha. Patientlagen ger barnen rätt till anpassad information (SFS 2014:821). Att förse barnen med begriplig information är sjuksköterskans ansvar (ICN, 2010). Information är nämligen en förutsättning för kunskap, men information inte är detsamma som kunskap. Detta betonar Eldh (2006) i sin avhandling *"Patient participation: what it is and what it is not"* där hon uttrycker att information kan kritiseras då mängden information inte kan jämföras med kunskap och förståelse.

Resultatet i denna studie understryker vad som framkommit i tidigare forskning; vikten av utbildning i barnanpassad omvårdnad för sjuksköterskor. Framtidens sjuksköterskor behöver bli utbildade och rustade i såväl icke verbal som verbal kommunikation samt kunna anpassa denna efter barnets ålder, mognad och erfarenhet. Runeson et al. (2001) drar slutsatsen att sjuksköterskor som vårdar barn skall ha adekvat kunskap och empatisk förmåga. Bristande kunskap om barns behov och utveckling kan skada barnets integritet. Detta eftersom det ofta är sjuksköterskan som utför ordinerade vårdprocedurer och därför också den enda som ser konsekvenserna av eventuellt negativa handlingar. Utifrån detta anser vi det viktigt att sjuksköterskan är beredd att agera som barnets ombud och vågar ifrågasätta istället för att till exempel genomföra ordinationer med våld mot barnets vilja. Barnens rätt till delaktighet är självklar utifrån lagtext men på samma gång ofta väldigt komplex visar det sig i praktiken. För att kunna agera barnets advokat i dessa lägen menar vi att frågor rörande barn och deras rättigheter att delta i beslutsfattande borde vara en naturlig komponent i sjuksköterskeutbildningen.

Kliniska implikationer

Denna studie ger en bild av barnets upplevelse av sin delaktighet i vården. Förhoppningsvis kan detta hjälpa sjuksköterskan att förstå barnets perspektiv bättre och därigenom få bättre förutsättningar till att anpassa omvårdnaden. Att få insikt i vad barnen upplever som hinder och möjligheter för delaktighet är en god grund för såväl den enskilda sjuksköterskan som för vårdavdelningens utformning av vården. Många grundutbildade sjuksköterskor möter barn på såväl barnklinik som vuxenklinik. Omvårdnad av barn ställer höga krav på sjuksköterskan, exempelvis förmåga att ge åldersanpassad information. För att klara detta behöver barnsjukvård i högre grad prioriteras i sjuksköterskans grundutbildning.

Tid är en förutsättning för att sjuksköterskan skall hinna titta förbi och bygga upp ett förtroende hos barnet, som även behöver känna att det finns utrymme till frågor och ordentliga förklaringar. Vård av barn får man räkna med tar längre tid, då den också innefattar flera personer. Kanske behövs det två informationstillfällen för att barn såväl vuxna skall få informationsbehovet mött. Detta är någonting att ta i beaktande i planeringen och upplägget av vården i stort.

Alla som arbetar inom hälso- och sjukvården kan tillsammans bidra genom ökad medvetenhet och synliggörande av barns rättigheter i vården genom att ställa krav på fortbildning för ökad barnkompetens.

Slutsats

Resultatet av detta fördjupningsarbete visar att barn upplever det viktigt att få vara delaktiga i sin vård, men i varierande grad beroende på individ och situation. Barnen har ett behov av stöd från såväl föräldrar som sjukvårdspersonal i sin delaktighet och därmed uppstår en komplex situation för att finna balans mellan dessa parter. Barn upplever att de ibland hamnar i skuggan av sina föräldrar under sin sjukhusvistelse. Barncentrerad vård är ett begrepp som författarna tror skulle kunna stärka barnets ställning och motverka att de vuxna får ta en för stor plats i vårdens utformning, vilket tycks ske i den familjecentrerade vård som i dagsläget präglar barnsjukvården. För att barnen skall uppleva sig delaktiga i mötet med sjuksköterskan ställs höga krav på professionen. Sjuksköterskan ansvarar för att en

relation etableras där såväl föräldrar som barn känner sig trygga och få sitt behov av kommunikation tillgodosatt för att kunna delta i besluten. Sjuksköterskan skall även kunna agera barnets advokat i situationer där barnets bästa inte längre är styrande och när barnets vilja ifrågasätts utifrån vuxnas vilja att skydda barnet.

Framtida forskning

Barn är en väldigt varierad skara människor som kommit olika långt i sitt sätt att ta in, tolka och hantera världen, då de under sin uppväxt går igenom flera olika utvecklingsfaser. I dagens sjukvård skall barnet göras delaktigt utifrån dess ålder och mognad. Av den anledningen ser vi ett behov av mer åldersspecifik forskning på barns uppfattningar och upplevda delaktighet.

Att bedöma ett barns mognad och förmåga till självbestämmande har visat sig vara komplext. I dagsläget blir bedömningar gjorda på subjektiva grunder då inget vedertaget verktyg tagits fram. Vi efterlyser forskning som kan ligga till grund för ett utarbetat verktyg, till stöd och guidning för sjukvårdspersonalens beslut.

Då föräldrarnas inställning spelar en avgörande roll för barnets delaktighet, anser vi att en studie rörande föräldrars upplevelser av, och inställning till barns delaktighet hade varit till stor nytta och hjälp för sjukvårdspersonal som skall kunna bemöta såväl den vuxne som barnet.

Barncentrerad vård är ett nytt begrepp vi stött på i nya publikationer. Vi önskar att se studier på hur vården och barnets ställning skiljer sig i praktiken på vårdinrättningar där man valt att utgå ifrån barncentrerad vård istället för i huvudsak familjecentrerad vård.

Referenser

Artiklar som ingår i resultatet är markerade med en asterisk (*).

- Antonofsky, A. (1991). Hälsans mysterier. *Bokförlaget natur och kultur*. Natur och kultur, Stockholm.
- *Andersen, C. S., & Dolva, A. (2015). 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*, 35(3), 218-230. doi:10.3109/01942638.2014.918075
- Arborelius, E. (1993). *Varför gör dom inte som vi säger. Teori och praktik om att påverka människors levnadsvanor*. Stockholm: Allmänmedicinskt utvecklingscentrum, Nordvästra sjukvårdsområdet.
- Barnrättskommitténs allmänna kommentar nr 12 (2009). *Barnets rätt att bli hörd*. FN:s kommitté för barns rättigheter. Hämtad från: <https://www.barnombudsmannen.se/globalassets/dokument-for-nedladdning/publikationer/allmanna-kommentarer/ak-12-barnets-ratt-att-bli-hord.pdf>
- Baston, J. (2008). Healthcare decisions: a review of children's involvement. *Paediatric Nursing*, 20(3), 24-26.
- Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B. I. (2012). Varför ska familjen ses som en enhet. Benzein, E., Hagberg, M., & Saveman, B. I *Att möta familjer inom vård och omsorg* (sid 23-27). Lund: Studentlitteratur.
- Bennett, K. L. (2016). Use your words: healing communication with children and teens in healthcare settings. *Pediatric Nursing*, 42(4), 204.
- Boylan, P. (2004). Children's Voices Project: feedback from children and young people about their experience and expectations of healthcare. UK: Commission for Health Improvement.
- Bischofberger, E., Dahlquist, G., Edwinsson Månsson, M., Tingberg, B., & Ygge, B-M. (2004). *Barnet i vården*. Stockholm: Liber.
- Bishop, K. (2010). Through the eyes of children and young people: the components of a supportive hospital environment. *Neonatal Paediatr Child Health Nurs*, 13, 17-25.
- Björk, M., Nordström, B., & Hallström, I. (2006). Needs of young children with cancer during their initial hospitalization: an observational study. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 23(4), 210-219.
- *Brady, M. (2009). Hospitalized children's views of the good nurse. *Nursing Ethics*, 16(5), 543-560. doi:10.1177/0969733009106648

- Carlson, E. (2015) Etnografi och deltagande observation. Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (sid. 217- 234) Lund: Studentlitteratur.
- *Coyne, I. (2006). Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives. *Journal Of Clinical Nursing*, 15(1), 61-71. doi:10.1111/j.1365-2702.2005.01247.
- *Coyne, I., & Gallagher, P. (2011a). Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting. *Journal Of Clinical Nursing*, 20(15/16), 2334-2343. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03582.x
- Coyne, I., & Harder, M. (2011b). Children's participation in decision-making: balancing protection with shared decision-making using a situational perspective. *Journal of Child Health Care*, 15(4), 312-319.
- *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*, 18(3), 273-280.
- Coyne, I., Hallström, I., & Söderbäck, M. (2016). Reframing the focus from a family-centred to a child-centred care approach for children's healthcare. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 494-502.
- Eldh, A. C. (2006). *Patient participation: what it is and what it is not* (Doctoral dissertation, Örebro universitetsbibliotek). Hämtad från: <http://www.diva-portal.org/smash/record.jsf?pid=diva2%3A744300&dswid=-8956>
- Fletcher, T., Glasper, A., Prudhoe, G., Battrick, C., Coles, L., Weaver, K., & Ireland, L. (2011). Building the future: children's views on nurses and hospital care. *British Journal of Nursing*, 20(1).
- Fossum, B. (2007) Kommunikation och bemötande. Fossum, B. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (Sid 25-26) Lund: Studentlitteratur.
- Fredriksson, L. (2012) Vårdande kommunikation. Wiklund Gustin, L., & Bergbom, I. *Vårdvetenskapliga begrepp i teori och praktik*. Lund: Studentlitteratur.
- Friberg, F. (2012) Att göra en litteraturoversikt. Friberg (Red.). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. sid (sid. 133-145). Lund: Studentlitteratur.
- Garnemark, C. (2014). RISKANALYS- Säker läkemedelsprocess avseende barn. Göteborg: Drottning Silvias barn- och ungdomssjukhus och Kvinnosjukvård, Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

- Hallström, I., Runeson, I., & Elander, G. (2002). An observational study of the level at which parents participate in decisions during their child's hospitalization. *Nursing Ethics*, 9(2), 203-214.
- Hallström, I. (2015) Barn i hälso- och sjukvården. Hallström, I., & Lindberg, T. *Pediatrisk omvårdnad*. (Sid. 19-21) Liber: Stockholm.
- Holmdahl, B. (2000). *Tusen år i det svenska barnets historia*. Lund: Studentlitteratur.
- International Council of Nurses. (2014). ICN:s etiska kod för sjuksköterskor (Rev.utg.). Hämtad 2017-03-04 från: https://www.swenurse.se/globalassets/01-svensk-sjukskoterskeforening/publikationer-svensk-sjukskoterskeforening/etik-publikationer/sjukskoterskornas.etiska.kod_2014.pdf
- James, A., & Curtis, P. (2012). Constructing the sick child: the cultural politics of children's hospitals. *The Sociological Review*, 60(4), 754-772.
- Johansson, A. (2007). Att möta och kommunicera med barn och deras föräldrar. Fossum, B. *Kommunikation: samtal och bemötande i vården*. (Sid 377-396) Lund: Studentlitteratur.
- Karlsson, E. K. (2015) Informationssökning. Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (sid. 95-113) Lund: Studentlitteratur.
- Karolinska institutet (2013). *Termer för "upplevelser" och "bemötande" i olika former*. Hämtad 2017-02-23 från: https://kib.ki.se/sites/default/files/upplevelsebegrepp_2013.pdf
- Kelly, M., Jones, S., Wilson, V., & Lewis, P. (2012). How children's rights are constructed in family-centred care: a review of the literature. *Journal of Child Health Care*, 16(2), 190-205.
- Kreuger, A (2000) Inledning- Barnonkologisk sjukvård idag. Kreuger, A. (2000). *Barnet och sjukvården.-erfarenheter från barnonkologin*. (sid. 11-12) Lund: Studentlitteratur.
- *Livesley, J., & Long, T. (2013). Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work. Messages for nursing from a critical ethnographic study. *International journal of nursing studies*, 50(10), 1292-1303.
- Magnusson, A. S. (2014). *Om kommunikation: för personal i vårdande yrken*. Stockholm: Liber.
- *Mårtenson, E., & Fagerskiöld, A. (2007). Information exchange in paediatric settings: an observational study. *Paediatric Nursing*, 19(7), 40-43.
- Nilsson, S., Björkman, B., Almqvist, A. L., Almqvist, L., Björk-Willén, P., Donohue, D., Enskär, K., Granlund, M., Huus, K. & Hvit, S. (2015). Children's voices— Differentiating a child perspective from a child's perspective. *Developmental neurorehabilitation*, 18(3), 162-168.
- NOBAB (2011). Nordisk standard för barn och ungdomar inom hälso-och sjukvård. Hämtad 2017-03-15 från: <http://www.nobab.se>

- *Noreña Peña, A. L., & Cibanal Juan, L. (2011). The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals. *Revista latino-americana de enfermagem*, 19(6), 1429-1436.
- *Noreña Peña, A. L., & Rojas, J. G. (2014). Ethical aspects of children's perceptions of information-giving in care. *Nursing Ethics*, 21(2), 245-256. doi:10.1177/0969733013484483
- Prop. 2012/13:10 *Stärkt stöd och skydd för barn och unga*. Tillgänglig: <http://www.regeringen.se/rattsdokument/proposition/2012/09/prop.-20121310/>
- Rindstedt, C. (2013). Barnperspektiv och etik. Rindstedt, C. *Barn möter vården*. (sid. 13-25) Lund: Studentlitteratur.
- *Randall, D., & Hill, A. (2012). Consulting children and young people on what makes a good nurse. *Nursing Children & Young People*, 24(3), 14-19.
- Ringstedt, C. (2013) *Barnet möter vården*. Lund: Studentlitteratur.
- Rosén, M. (2015) Systematisk litteraturstudie. Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (sid. 429-443) Lund: Studentlitteratur.
- Runeson, I., Enskär, K., Elander, G., & Hermerén, G. (2001). Professionals' perceptions of children's participation in decision making in healthcare. *Journal of clinical nursing*, 10(1), 70-78.
- Runeson, I., Hallström, I., Elander, G., & Hermerén, G. (2002). Children's participation in the decision-making process during hospitalization: an observational study. *Nursing ethics*, 9(6), 583-598.
- *Runeson, I., Mårtenson, E., & Enskär, K. (2007). Children's knowledge and degree of participation in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure. *Pediatric Nursing*, 33(6), 505.
- Sandberg, H. (2014). *Sjuksköterskans samtal-professionalitet och medmänsklighet*. Lund: Studentlitteratur.
- SBU. (2014). Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser. Hämtad 2017-02-25 från: <http://www.sbu.se/sv/var-metod/>
- *Schmidt, C., Weese, J., & Sandrik, K. (2007). Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 32(6), 336-342.
- Sveriges Riksdag (2010). *Strategi för att stärka barnets rättigheter i Sverige*. S2010.026. Stockholm: Socialdepartementet. Hämtad 2017-03-05 från: <http://www.regeringen.se/informationsmaterial/2011/10/s2010.026/>
- SFS 1993:335. *Lag om Barnombudsman*. Stockholm: Socialdepartementet.

- SFS 2001:453. *Socialtjänstlag*. Stockholm: Socialdepartementet.
- SFS (1949:381) *Föräldrabalk*. Stockholm: Justitiedepartementet.
- SFS (1982:763) *Hälso- och sjukvårdslag*. Stockholm: Socialdepartementet. Sjuksköterskeförening, S. (2014). ICN: s etiska kod för sjuksköterskor.
- Shire, H (2001). Pathways to Participation: Openings, Opportunities and Obligation. A new model for Enhancing Children's Participation in Decision Making, in line with Article 12.1 of the United Nations Convention on the Rights of the Child. *Children & Society*. Vol. 15 pp.107-117.
- Socialstyrelsen (2015) *Bedöma barns mognad för delaktighet- Kunskapsstöd för socialtjänsten, hälso- och sjukvården samt*. Stockholm: Socialstyrelsen. Tillgänglig: <http://www.socialstyrelsen.se/publikationer2015/2015-12-22>
- Sommer, D., Samuelsson, I. P., & Hundeide, K. (2010). *Child perspectives and children's perspectives in theory and practice* (Vol. 2). Springer Science & Business Media.
- Statistiska centralbyrån. (2016). Sveriges framtida befolkning 2016–2060, Stockholm: Statistiska centralbyrån.
- Svensk sjuksköterskeförening (2008) Strategi för sjuksköterskans hälsofrämjande arbete.
- Svenska Akademien (1925). *Ordbok öfver svenska språket*. Lund. C.W.K. Gleerups förlag.
- Söderbäck, M. (Ed.). (2010). *Barns och ungas rätt i vården*. Stiftelsen Allmänna barnhuset.
- Söderbäck, M. (Ed.). (2010). *Barns och ungas rätt i vården*. Stiftelsen: Allmänna barnhuset.
- Söderbäck, M. (red.). (2014). *Kommunikation med barn och unga i vården*. Stockholm: Liber.
- Tiller, P. O. (1991). Barneperspektivet: om å se og bli sett. Vårt perspektiv på barn eller omvendt?. *Nytt fra forskning om barn i Norge, 1*.
- Unicef Sverige (1989). Barnkonventionen FN:s konvention om barns rättigheter. Stockholm: UNICEF Sverige. Tillgänglig: <http://unicef.se/barnkonventionen>
- Wallengren, C., Henricson, M. (2015) Vetenskaplig kvalitetssäkring av litteraturbaserat examensarbete. Henricson, M. *Vetenskaplig teori och metod: från idé till examination inom omvårdnad*. (sid. 482-496) Lund: Studentlitteratur.
- Ygge, B-M. (2015) Barn på sjukhus. Hallström, I., & Lindberg, T. *Pediatrisk omvårdnad*. (Sid. 117-127) Liber: Stockholm.

Young, B., Dixon-Woods, M., Windridge, K. C., & Heney, D. (2003). Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: qualitative study of patients and parents. *Bmj*, 326(7384), 305.

Östlundh, L. (2012). Informationsökning. Friberg, F. (Red.). *Dags för uppsatsvägledning för litteraturbaserade examensarbeten*. (sid.57-81). Lund: Studentlitteratur.

Bilagor

Bilaga 1 – Söktabell. Databas: Cinahl

Datum	Sökord	Begränsningar (Limits)	Antal träffar	Relevanta abstract	Granskade artiklar	Valda artiklar
22/02-2017	child AND nurse-patient relation AND interaction	Peer-reviewed 2006-2017	79	10	6	Noreña & Cibanal (2011) Mårtenson & Fagersköld (2007) Schmidt, et al. (2007)
22/02-2017	child AND nurse-patient relation AND participation	Peer-reviewed 2006-2017	42	5	2	Noreña & Rojas (2013) Randall & Hill (2011)
23/02-2017	child AND experiences AND participation AND decision making	Peer-Reviewed 2006-2017	56	11	7	Andersen & Dolva (2015) Coyne, I. (2006) Coyne & Gallagher (2011) Coyne, et al. (2014) Vaknin & Zisk-Rony (2010)
24/02-2017	Hospitalized children AND experience AND nurse-patient relation	Peer-Reviewed 2006-2017	43	10	6	Livesley & Long (2012)
	Manuell sökning					Runeson, et al. (2007) Brady (2009)

Bilaga 2 - Artikelöversikt

Författare Land, År Tidskrift	Titel	Syfte	Metod Design Dataanalys	Deltagare	Resultat
Andersen & Dolva Norge, 2015 <i>Physical & Occupational Therapy In Pediatrics</i>	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.	Att beskriva och fånga innebörden av barns perspektiv på sin rätt att delta i beslutsfattandet tillsammans med barnens upplevelser i barnrehabilitering.	Kvalitativ Observationer, semistrukturerade intervjuer.	Barn 7-14 år (n=7) på rehabmottagning på sjukhus i Danmark.	Barnen ville vara delaktiga och få information. Barnen förväntade sig inte att få vara med i beslutsfattandet och såg inte att de själva var förmögna att bidra med någonting i utformningen av vården. Vid tillfällen då de framfört en önskan saknade barnen vetskap om detta togs i beaktande.
Brady, M. England, 2009 <i>Nursing Ethics</i>	Hospitalized children's views of the good nurse.	1. Att täcka kunskapslucka. 2. Att identifiera kvaliteter hos "the good nurse" ur barns perspektiv. 3. Att utveckla sjuksköterskans barnkompetens.	Kvalitativ Intervjuer, teckning och journalanteckningar	Barn 7-12 år (n=22) med varierande diagnoser på en pediatrik avdelning på sjukhus, England.	Vad barnen värderar hos sjuksköterskan framkommer. Förmåga att anpassa vården, bemötande, kroppshållning, professionell skicklighet, trovärdighet, respektfullhet, ärlighet, mod och humor.
Coyne, I. Irland, 2006 <i>Journal Of Clinical Nursing</i>	Consultation with children in hospital: children, parents' and nurses' perspectives.	Att undersöka barns, föräldrars och sjuksköterskors inställningar till delaktighet inom barnsjukvården.	Kvalitativ Intervjuer +Frågeormulär + Observation	Barn (n=11), föräldrar (n=10) och sjuksköterskor (n=12) från fyra pediatrika avdelningar på två sjukhus i England.	Barnen: Ville vara delaktiga och sökte information. Inkludering gjorde barnen glada, lugna, förberedda, mindre oroliga. Föräldrar: Ville låta barnen vara delaktiga. Sjuksköterskor: Varierande syn på barns delaktighet beroende på kognitiv mognad. Ansåg att barn delaktighet inte kan generaliseras. Kärnan i resultatet var att hitta balans mellan samtliga tre parter.

<p>Coyne & Gallagher. Irland, 2011 <i>Journal Of Clinical Nursing</i></p>	<p>Participation in communication and decision-making: children and young people's experiences in a hospital setting.</p>	<p>Att utforska hospitaliserade barns erfarenheter av delaktighet i kommunikation och beslutsfattande.</p>	<p>Kvalitativ Fokusgruppsintervjuer och individuella intervjuer.</p>	<p>Barn 7-18 år (n=55) från tio avdelningar på tre sjukhus på Irland med varierande diagnoser.</p>	<p>Barnen fick en marginell roll vid informationsutbyte. De ville delta i små beslut, men låta seriösa beslut tas av professionella. Att bli exkluderad ledde till känslor som: ilska, oro, chock. Hinder för delaktighet var föräldrar, tidsbrist och rädsla för att vara till besvär med att ställa frågor.</p>
<p>Coyne, et al. Irland, 2014 <i>European Journal of Oncology Nursing</i></p>	<p>Children's participation in shared decision-making: Children, adolescents, parents and healthcare professionals' perspectives and experiences.</p>	<p>Att utforska erfarenheter kring barns delaktighet i beslutsfattande ur barns, föräldrars och professionellas synvinkel.</p>	<p>Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer +lekar</p>	<p>Barn 7-16 år (n=20) på en onkologisk slutenvårdsavdelning på ett barnsjukhus på Irland, samt deras föräldrar (n=22) och vårdpersonal (n=40)</p>	<p>Barnens erfarenhet att de var delaktiga i små beslut tex i omvårdnaden men ej i stora beslut kring tex. behandling. Delaktigheten ökade då föräldrarna stöttade barnens vilja att involveras. Sjuksköterskorna ansåg att delaktigheten stod i proportion till sjukdomsläget, ju sjukare barn desto mindre förmåga och vilja fanns att vara delaktig.</p>
<p>Livesly & Long 2012, England <i>International journal of nursing studies</i></p>	<p>Children's experiences as hospital in-patients: Voice, competence and work.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Eftersöka effektiva metoder och frågor för att få giltig data av barn inläggande på sjukhus. 2. Att få insikt i barns subjektiva förståelse och kunskap av att vara sjukhuspatient. 3. Att informera för framtida praxis, politik och forskning rörande barn 	<p>Kvalitativ Ålders och mognadsanpassade observationer och intervjuer med lek och pyssel inkluderat. Över sex månaders tid.</p>	<p>Barn 9-15 år (n=15) intervjuades i hemmet. Barn 5-14 år (n=9) intervjuades på sjukhus.</p>	<p>Barnens beslutsfattande var beroende av personal och föräldrar. Barnen uttryckte åsikter om sina rättigheter och en önskan om att behandlas respektfullt. Relationen till Sjuksköterskan hade stor betydelse för delaktigheten. Barn som ej blev hörda förlitade sig till föräldrarnas talan. Tysta, blyga och sjuka barn utan stöttande föräldrar blev åsidosatta.</p>

<p>Mårtensson & Fagerskiöld Sverige, 2007 <i>Paediatric Nursing</i></p>	<p>Information exchange in pediatric settings: an observational study.</p>	<p>Att identifiera, beskriva och finna koncept kring informationsbyte mellan barn och vårdpersonal på pediatrika avdelningar.</p>	<p>Observationsstudie. 76 observationer á 1-140 min i behandlingsrum, väntrum och korridorer.</p>	<p>Barn 10-17 år (n=28) på tre öppenvårdsmottagning med varierande inriktningar på ett universitetssjukhus i Sverige.</p>	<p>Barnen ville vara delaktiga, få information, dela deras erfarenheter och kunskaper med personalen. Barnens delaktighet beror på föräldrarnas inställning. Kärnan i informationsutbyte identifieras som "att balansera omständigheterna".</p>
<p>Noreña & Cibanal Spanien, 2011 <i>Revista latinoamericana de enfermagem</i></p>	<p>The experience of hospitalized children regarding their interactions with nursing professionals.</p>	<p>Att beskriva barns erfarenheter av mötet med sjuksköterskan på sjukhus. Identifiera beteenden som omvårdnadspersonalen använder som påverkar barnens psykosociala välmående.</p>	<p>Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer och observationer.</p>	<p>Barn 8-14 år (n=30) inläggande minst fyra dygn på en pediatrik avdelning på ett universitetssjukhus. Barnen hade varierande diagnoser.</p>	<p>Barnen definierade sociala och känslomässiga faktorer som viktiga i interaktionen med sjuksköterskan, såsom empati och humor. Sjuksköterskans tillgänglighet och närvaro avgjorde relationen och vårdkvaliteten. Att barnen känner sig förstådda är avgörande för deras upplevelser i vårdmötet. Barnen har svårt att förstå sin roll i sköterskans interaktion med familjen, om de är deltagare, eller bara skall lyssna och betrakta.</p>
<p>Noreña & Rojas Spanien, 2014 <i>Nursing Ethics</i></p>	<p>Ethical aspects of children's perceptions of information-giving in care.</p>	<p>1. Att finna hindrande och främjande faktorer i informationsutbytet mellan sjuksköterska och barn. 2. Ge insyn i barnets delaktighet i informationsprocessen 3. Undersöka barnens erfarenheter av informationsprocessen</p>	<p>Kvalitativ Semistrukturerade intervjuer och systematiska observationer.</p>	<p>Barn 8-14 år (n=30) inläggande på sjukhus med varierande diagnoser.</p>	<p>De flesta barnen i studien önskade information. Barnen var medvetna om tillfällen då informationen riktas till närstående istället för dem själva. Svåra sjukhustermer och högt tempo försvårade för deras förståelseförmåga. Kommunikation pekades ut som den viktigaste aspekten för att skapa delaktighet.</p>

<p>Randall & Hill</p> <p>England, 2011</p> <p><i>Nursing Children & Young People</i></p>	<p>Consulting children and young people on what makes a good nurse.</p>	<p>Finna sätt till att involvera barn, som sjukvårdsmotagare, i utvecklandet av sjuksköterskeutbildningens läroplan.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Fokusgruppsintervjuer + observation . Sex sessioner totalt över tre månaders tid.</p>	<p>Barn 11-14 år (n=11) på sjukhuskolan. Barnen var ineliggande på slutenvårdsavdelning på ett stort barnsjukhus. Barnen hade varierande diagnoser.</p>	<p>Resulterar i en generell beskrivning av vad som barnen anser vara en bra respektive dålig sjuksköterska. Bra sjuksköterskor karakteriseras av egenskaper som professionell (behandlar barnet som patient och inte som familj eller vän), god förmåga att skapa kontakt, punktlig, effektiv och respektfull för barnets värdighet.</p>
<p>Runeson, et al.</p> <p>Sverige, 2007</p> <p><i>Pediatric Nursing</i></p>	<p>Children's knowledge and degree of participation in decision making when undergoing a clinical diagnostic procedure.</p>	<p>Att undersöka barns kunskapsnivå rörande aktuell vårdprocedur och nivå av delaktighet i beslutsfattande relaterat till deras sjukhusvistelse.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Intervjuer av barnen och frågeformulär till föräldrar</p>	<p>Barn 6-11 år (n=23) på öppenvårdsmottagningar på två olika sjukhus.</p>	<p>56% av barnen hade full koll på anledningen till sjukhusbesöket.</p> <p>26% hade full koll på varför de skulle ta blodprov.</p> <p>61% beskriver att de upplevde "ingen delaktighet".</p>
<p>Schmidt, et al.</p> <p>USA, 2007</p> <p><i>The American Journal of Maternal/ Child Nursing</i></p>	<p>Hospitalized Children's Perceptions of Nurses and Nurse Behaviors.</p>	<p>Att bidra med förståelse av barn ineliggande på sjukhus syn på Sjuksköterskan och sjuksköterskans agerande utifrån barnens egna ord.</p>	<p>Kvalitativ</p> <p>Semistrukturerade intervjuer och frågeformulär.</p>	<p>Barn 5-18 år (n=65) som varit ineliggande minst två nätter på sjukhus och hade varierande diagnoser.</p>	<p>Barnen uppskattade sjuksköterskor var vänliga, roliga och samtalade åldersanpassat.</p> <p>Skilnader framkom utifrån ålder, sjukdomstillstånd, föräldranärvaro, tidigare erfarenheter och antalet dagar på de varit inskrivna.</p> <p>Barnen ville behandlas respektfullt och uppskattade att få information och ärliga svar.</p>
<p>Samtliga artiklar håller hög kvalitet</p>					

Bilaga 3 – Mall för kvalitetsgranskning av studier med kvalitativ forskningsmetodik – patientupplevelser

SBU:s granskningsmall bygger på tidigare publicerat material [1,2], men har bearbetats och kompletterats för att passa SBU:s arbete.

Författare: _____ År: _____ Artikelnummer: _____

Total bedömning av studiekvalitet:		
Hög	Medelhög	Låg

Anvisningar:

- Alternativet ”oklart” används när uppgiften inte går att få fram från texten.
- Alternativet ”ej tillämpligt” väljs när frågan inte är relevant.

1. Syfte	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
----------	----	-----	--------	-------------

a) Utgår studien från en väldefinierad problemformulering/frågeställning?

Kommentarer (syfte, problemformulering, frågeställning etc):

2. Urval	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
----------	----	-----	--------	-------------

a) Är urvalet relevant?

b) Är urvalsförfarandet tydligt beskrivet?

c) Är kontexten tydligt beskriven?

d) Finns relevant etiskt resonemang?

e) Är relationen forskare/urval tydligt beskriven?

Kommentarer (urval, patientkaraktistika, kontext etc):

3. Datainsamling	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är datainsamlingen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är datainsamlingen relevant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder datamättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till datainsamlingen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (datainsamling, datamättnad etc):

4. Analys	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är analysen tydligt beskriven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är analysförfarandet relevant i relation till datainsamlingsmetoden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Råder analysmättnad?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Har forskaren hanterat sin egen förförståelse i relation till analysen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (analys, analysmättnad etc):

5. Resultat	Ja	Nej	Oklart	Ej tillämpl
a) Är resultatet logiskt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Är resultatet begripligt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Är resultatet tydligt beskrivet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Redovisas resultatet i förhållande till en teoretisk referensram?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Genereras hypotes/teori/modell?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Är resultatet överförbart till ett liknande sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Är resultatet överförbart till ett annat sammanhang (kontext)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommentarer (resultatens tydlighet, tillräcklighet etc):