

RAPPORT

2026

FORSKNINGSKARTLEGGING

Barn og unges medvirkning i møte med
helsetjenester, barnevern og skole:
en kartleggingsoversikt

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Område for helsetjenester

Tittel Barn og unges medvirkning i møte med helsetjenester, barnevern og skole: en kartleggingsoversikt

English title Children and youth's participation in encounters with health services, child welfare services and schools: a scoping review

Ansvarlig Guri Rørtveit, direktør

Forfattere Heid Nøkleby, Folkehelseinstituttet, prosjektleder,
Gyri Hval, Folkehelseinstituttet,
Sara Fernandez, Folkehelseinstituttet,
Morten Bergsten Njå, Kunnskapsenter for utdanning, Universitetet i Stavanger

ISBN 978-82-8406-582-3

DOI <https://doi.org/10.21349/qk5r-hr04>
(permanent lenke i Nasjonalt vitenarkiv)

Publikasjonstype Forskningskartlegging

Antall sider 41 (74 inklusiv vedlegg)

Oppdragsgiver Utdanningsdirektoratet

Emneord(MeSH) Decision Making, Shared; Decision Making; Patient Participation; Child; Adolescent

Sitering Nøkleby H, Hval G, Fernandez S, Njå MB. Barn og unges medvirkning i møte med helsetjenester, barnevern og skole: en kartleggingsoversikt. [Children and youth's participation in encounters with health services, child welfare services and school: a scoping review]. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2026.

Innhold

INNHold	3
HOVEDBUDSKAP	5
SAMMENDRAG	6
KEY MESSAGES	9
EXECUTIVE SUMMARY (ENGLISH)	10
FORORD	13
INNLEDNING	14
Beskrivelse av problemet/tematikken	14
Begrunnelse for kartleggingsoversikten	15
Begrepsbruk	15
Mål og forskningsspørsmål	16
METODE	17
Prosjektplan	17
Inklusjonskriterier	17
Litteratursøk	19
Utvelging av litteratur (screening)	19
Vurdering av metodisk kvalitet	20
Uthenting av data	20
Kartlegging av kunnskapsgrunnlaget	21
Vurdering av overførbarhet	22
RESULTATER	23
Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene	24
Oversiktens metodiske kvalitet	27
Uthentede data fra de inkluderte systematiske oversiktene	28
Norske sammendrag av hver oversikt	28
Overførbarhet til en norsk kontekst	28
Gjennomgående temaer og funn	30
DISKUSJON	33
Hovedfunn	33
Styrker og svakheter ved kartleggingsoversikten	34
Overensstemmelse med andre litteraturoversikter	35
Resultatenes betydning for praksis	35

Kunnskapshull	36
KONKLUSJON	37
REFERANSER	38
VEDLEGG 1: SØKESTRATEGI	42
VEDLEGG 2: BRUK AV MASKINLÆRING OG KUNSTIG INTELLIGENS	49
VEDLEGG 3: EKSKLUDERTE PUBLIKASJONER	51
VEDLEGG 4: VERKTØY FOR VURDERING AV METODISK KVALITET	55
VEDLEGG 5: VURDERINGER AV METODISK KVALITET I DE INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTENE	56
VEDLEGG 6: INKLUDERTE SYSTEMATISKE OVERSIKTER MED UTHENTEDE DATA	58
VEDLEGG 7: NORSKE SAMMENDRAG	71

Hovedbudskap

Ifølge opplæringsloven skal elever som er fraværende fra grunnskole- eller videregående opplæring følges opp. Elevene har også rett til å medvirke, rett til fritt å ytre seg og bli hørt.

Vårt forskningsspørsmål var: Hva finnes av systematiske oversikter om barn og unges medvirkning i møte med skole eller hjelpetjenester, og hva sier disse om hvordan barn og unges medvirkning kan fremmes i møte med slike tjenester? Vi utførte en kartleggingsoversikt (*scoping review*) over systematiske oversikter. Fremgangsmåten innebar et systematisk litteratursøk, utvelging og vurdering av oversiktens metodiske kvalitet, uthenting av data og kartlegging av data.

Hovedresultatene var:

- Vi inkluderte 19 systematiske oversikter (men 1 hadde ingen inkluderte studier), publisert 2015–2025.
- Oversiktene inkluderte flest kvalitative studier.
- Det var 1 oversikt fra en skolekontekst, 5 fra barnevern/sosiale tjenester, 5 fra psykisk helsevern og 7 fra somatisk helsehjelp.
- Alle 18 oversiktene inkluderte studier av barn/unge, og i 12 oversikter var også foreldre og/eller tjenesteanstatte studert.
- 7 oversikter hadde høy metodisk kvalitet, 6 middels og 5 lav.
- Nesten alle studiene i oversiktene var fra OECD-land, >50 % var fra et europeisk land, minst 12 % var fra et nordisk land og minst 6 % var fra Norge (noen overlappende studier).
- Noen gjennomgående funn var: Faktorer som fremmer barn og unges medvirkning er bl.a. gode og stabile relasjoner til fagpersoner, alderstilpasset informasjon, aktiv lytting fra fagpersoner, åpne spørsmål og tid til dialog. Barrierer for medvirkning er bl.a. at voksnes perspektiver høres og prioriteres over barnets og syn på barn som uten kapasitet til å medvirke.

Selv om det fins lite oppsummert forskning om medvirkning ved skolefravær, vurderes funnene som relevante for denne tematikken.

Tittel:

Barn og unges medvirkning i møte med helsetjenester, barnevern og skole: en kartleggingsoversikt

Hvem står bak denne publikasjonen?

Folkehelseinstituttet og Kunnskapscenter for utdanning, på oppdrag fra Utdanningsdirektoratet

Når ble litteratursøket avsluttet?

Juni 2025

Interne fagfeller:

Ingeborg B. Lidal, forsker, FHI; Elaine Munthe, professor, KSU

Ekstern fagfelle:

Lea Louise Videt, forsker, Nordlandsforskning

Godkjent av:

Rigmor C. Berg, avdelingsdirektør, FHI
Hilde Risstad, fagdirektør, FHI

Sammendrag

Innledning

Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova) gir alle barn og ungdommer rett til offentlig grunnskole- og vidaregåande opplæring. Lo-ven pålegger kommuner og fylkeskommuner et ansvar for å følge opp elever som er fraværende. I tråd med FNs Barnekonvensjon og Grunnloven fastslår opplæringsloven også at elever har rett til å medvirke i alt som gjelder dem selv, rett til fritt å ytre seg, de skal bli hørt og det de mener skal bli vektlagt etter alder og modning. Flere lovbestem-mer pålegger med andre ord skolene å lytte til og følge opp elevenes meninger om saker som angår dem selv, som f.eks. i situasjoner med skolefravær. I praksis gjøres ikke dette alltid på en måte som innebærer elevens *reelle* medvirkning i egne saker. Med utgangspunkt i utvikling av en nasjonal faglig retningslinje på feltet, ga Utdan-ningsdirektoratet i oppdrag til Folkehelseinstituttet og Kunnskapssenter for utdanning å oppsummere forskning om barn og unges medvirkning i sin egen sak. På bakgrunn av kort tidsfrist for oppdraget ble vi enige med oppdragsgiver om å utvikle et kunnskaps-grunnlag basert på allerede oppsummert forskning.

Hensikt

Målet med prosjektet var å gi en oversikt over forskningen om hvordan skoler, skoleeiere og samarbeidende tjenester kan legge til rette for elevens medvirkning ved forebygging, tidlig innsats og oppfølging av skolefravær. Vi forventet ikke tilstrekkelig omfang av oppsummert forskning der temaet var medvirkning og skolefravær, så i samarbeid med oppdragsgiver utvidet vi mulige kontekster/tematikker til å omfatte skole, skolehelsetjeneste, barnevern, psykisk helsevern, somatiske helsetjenester eller lignende. Vi hadde dermed følgende forskningsspørsmål: *Hva finnes av systematiske oversikter om barn og unges medvirkning i møte med skole eller hjelpetjenester, og hva sier disse om hvordan barn og unges medvirkning kan fremmes i møte med slike tjenes-ter?*

Metode

Vi utførte en kartleggingsoversikt i samsvar med metodiske prinsipper beskrevet i internasjonal standarder og metodeveiledere. Vår oversikt kartlegger allerede oppsummert forskning for å kunne levere relevant kunnskap innenfor en begrenset tidsramme. Kartleggingsoversikten er gjennomført i tråd med en utarbeidet og publisert prosjektplan.

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

- *Populasjon*: a) Barn og unge i alderen 5–24 år som mottar støtte fra én eller flere tjenester, b) foreldrene til disse barna/unge, og/eller c) ansatte i relevante tjenester for disse barna/unge.
- *Tiltak/eksponering*: Tiltak for å fremme og sikre medvirkning. Ulike tilnærminger for å få fram barnets og ungdommens ønsker, meninger og erfaringer ved ulike kontekster når de får hjelp/tiltak fra tjenester.
- *Utfall*: Om barn og unge opplever at de fritt kan gi uttrykk for sine meninger; om de har medbestemmelse; om de opplever tillit til tjenestene; opplevd grad av medvirkning; om deres meninger er nøye vurdert når beslutninger tas; samarbeid mellom tjenester.
- *Studiedesign*: Systematiske oversikter over kvantitative, kvalitative eller mixed-metode studier.
- *Publikasjonsår*: 2015–2025.
- *Land*: Alle land.
- *Språk*: Engelsk, norsk, svensk og dansk.

Vi ekskluderte bl.a. oversikter over studier som omhandlet medvirkning av barn og unge på gruppenivå/systemnivå, eller barn og unges medvirkning tett knyttet til deres opplevelse av en sykdom. En bibliotekar utarbeidet en søkestrategi og det ble søkt systematisk etter litteratur i syv databaser, blant andre APA PsycINFO og Epistemonikos. Søket ble avsluttet i juni 2025. To forskere vurderte uavhengig først titler og sammen- drag, deretter relevante publikasjoner i fulltekst. Uenigheter ble løst ved diskusjon.

Vi vurderte den metodiske kvaliteten ved de inkluderte systematiske oversiktene ved hjelp av et standardisert verktøy for dette formål. Fra hver av oversiktene hentet vi ut relevant informasjon, bla, mål med oversikten; definisjon av medvirkning; kontekst/tematikk; populasjon og antall; antall studier, studiedesign og land; samt resultater om medvirkning. Til hjelp ved uthenting benyttet vi KI-baserte verktøy. All informasjon ble deretter manuelt sjekket av forskere. Ved hjelp av KI-verktøy sammenstilte vi temaer og funn på tvers av oversiktene og sjekket disse deretter manuelt. Vi presenterer oversiktene med informasjon i tekst, tabeller og figurer.

Vi ønsket å gjøre en enkel vurdering av overførbarhet av oversiktens funn til en norsk skolekontekst. Med utgangspunkt i at dette er en kartleggingsoversikt valgte vi å gjøre en vurdering basert på hvilke land studiene (inkluderte i oversiktene) var utført i, med premiss om likhet knyttet til blant annet kultur for barns medvirkning.

Resultater

- Vi identifiserte totalt 10 938 referanser. Etter gjennomgang ble 9567 ekskludert basert på en maskinlæringsalgoritme. Vi leste 70 fulltekster og inkluderte 19 systematiske oversikter (hvorav én var en oversikt som ikke hadde noen studier inkludert). Oversiktene var publisert i tidsrommet 2015-2025.
- Konteksten for oversiktene var skole (n=1), barnevern/sosiale tjenester (n=5), psykisk helsevern (n=5) og somatisk helsehjelp (n=7). De systematiske oversiktene omfattet totalt 356 studier (332 unike studier, med andre ord noe overlap), i gjennomsnitt 20 studier (spenn 7-36 studier).

- Alle oversiktene inkluderte kvalitative studier og 13 omfattet også kvantitative og/eller mixed-metode-studier.
- Alle oversiktene inkluderte studier av barn og/eller unge (0–25 år, de fleste i alderen 7–17 år), og i 12 oversikter var også foreldre og/eller tjenesteansatte studert.
- Over 90 % av studiene i oversiktene var fra OECD-land, over 50 % var fra et europeisk land, minst 12 % var fra et nordisk land og minst 6 % var fra Norge (det var noe overlapp av studier mellom oversiktene).
- Vi vurderte den metodiske kvaliteten ved de systematiske oversiktene, med en modifisert sjekkliste fra JBI, til å være høy (n=7), middels (n=6) og lav (n=5).
- Vi identifiserte følgende gjennomgående mønstre og sentrale funn på tvers av de inkluderte systematiske oversiktene:
 - *Grunnprinsipper for god medvirkning*: barn og unge ønsker å bli behandlet som individer, hørt og inkludert i beslutninger om eget liv; medvirkning forstås som et partnerskap med gjensidig informasjonsutveksling, aktiv dialog og reell innflytelse; nøkkelfaktorer er tillitsfulle relasjoner, åpenhet og maktbevisste praksiser.
 - *Faktorer som fremmer medvirkning*: gode og stabile relasjoner til fagpersoner; kontinuitet i kontaktpersoner; alderstilpasset og transparent informasjon; aktiv lytting, åpne spørsmål og tid til dialog; uformelle og trygge møtearenaer; bruk av talspersoner for barnet; flere møter; lekbasert kommunikasjon for yngre barn; økt kompetanse hos tjenesteytere; mulighet for barnet til å velge grad av involvering.
 - *Barrierer for medvirkning*: voksnes og spesielt foreldres perspektiver høres og prioriteres over barnets; syn på barn som uten kapasitet til å medvirke; liten innsikt i egen (behandlings)plan, mangel på alderstilpasset informasjon; strenge møter, ensidig utspørring og lite barnevennlig språk; lite privat samtaleid med tjenestepersonell.
 - *Variasjoner i preferanser for medvirkning*: noen ønsker å ta aktive beslutninger, andre vil ha en mer tilbaketrukket rolle; mange ønsker å dele ansvar med foreldre og fagpersoner fremfor å ha full kontroll alene; eldre og mer erfarne barn er oftere mer involvert.
 - *Konsekvenser av god medvirkning*: økt tilfredshet, trygghet og følelse av kontroll; bedre relasjonskvalitet til både fagpersoner og familie; høyere oppmøte og kontinuitet i behandling; mindre behov for tvang og lavere frafallsrater.

Diskusjon og konklusjon

Denne kartleggingsoversikten gir et overblikk over forskningsfeltet om barn og unges medvirkning i møte med skole eller hjelpetjenester. Den viser at det trolig finnes begrenset forskning om elevers medvirkning i sin egen sak spesifikt knyttet til skolefravær og/eller andre skolerelaterte problemstillinger. Oversikten gir likevel verdifull innsikt i sentrale elementer knyttet til medvirkning som fremkommer på tvers av ulike tjenesteområder, og som trolig er grunnleggende prinsipper som også har gyldighet og relevans i en skolekontekst. Ettersom dette er en kartleggingsoversikt kan vi imidlertid ikke trekke entydige konklusjoner om hvilke faktorer som fremmer elevens medvirkning i og rundt skolen, eller hvordan disse virker.

Key messages

According to the Norwegian Education Act, students who are absent from primary or secondary education must be followed up. They also have the right to participate in matters concerning themselves and be heard.

Our research question was: What systematic reviews exist regarding children and youth's participation in encounters with schools or support services, and how is their participation described? We conducted a scoping review of systematic reviews. We searched for literature, selected reviews, assessed their methodological quality, and extracted data.

The main results were:

- We included 19 systematic reviews (one had no included studies), published 2015-2025.
- The reviews typically included qualitative studies.
- 1 review was from a school context, 5 from child welfare/social services, 5 from mental health services, and 7 from somatic health services. All reviews included studies of children/youth (0-25 years), and in 12 reviews, also parents and/or staff.
- 7 of the reviews had high methodological quality, 6 had medium, and 5 had low methodological quality.
- Almost all the studies in the reviews were from OECD countries, over 50% were from a European country, at least 12% were from a Nordic country, and at least 6% were from Norway (some overlap between the reviews).
- Some consistent findings were: Factors that promote children and young people's participation are e.g. good and stable relationships with professionals, age-appropriate information, professionals' active listening, open-ended questions, and time for dialogue. Barriers to participation are e.g. adults' perspectives being heard and prioritized over the child's, and views of children as lacking the capacity to participate.

Even though there is limited summarized research on participation related to absenteeism, the results are considered relevant to this topic.

Title:

Children and youth's participation in encounters with health services, child welfare services and school: a scoping review

Publisher:

The Norwegian Institute of Public Health (NIPH) conducted the review in cooperation with The Norwegian Knowledge Centre for Education (KCE) based on a commission from The Norwegian Directorate for Education and Training

Updated:

Last search for studies: June 2025

Peer review:

Ingeborg B. Lidal, researcher, NIPH

Elaine Munthe, professor, KCE

Lea Louise Videt, researcher, Nordland Research Institute

Executive summary (English)

Introduction

The Norwegian Education Act grants all children and youth the right to public primary and secondary education. The Act requires municipalities and county authorities to take responsibility for following up with students who are absent. In accordance with the UN Convention on the Rights of the Child and the Norwegian Constitution, the Education Act specifies that students have the right to participate in all matters concerning themselves, the right to freely express themselves, and they should be listened to, with their opinions given weight according to age and maturity. Several legal provisions therefore require schools to listen to and follow up on students' opinions on matters concerning themselves, such as in situations with school absenteeism. In practice, this is not always done in a way that involves the student's real participation in their own matters. Based on the development of national recommendations in the field, the Directorate for Education and Training commissioned the Norwegian Institute of Public Health and the Knowledge Centre for Education to summarize research on children's and young people's participation in their own cases. Due to a short deadline for the assignment, we agreed with the commissioning entity to develop a knowledge base based on already summarized research.

Purpose

The aim was to investigate how schools, school owners, and collaborating agencies can facilitate student participation in the prevention, early intervention, and follow-up of school absenteeism. We did not expect sufficient coverage of summarized research where the topic was participation and school absenteeism, so in collaboration with the commissioner, we expanded possible contexts/themes to include schools, school health services, child welfare, mental health care, somatic health services, or similar. We thus had the following research question: What systematic reviews exist regarding children's and young people's participation in encounters with schools or support services, and how is participation described in the research?

Method

We conducted a scoping review in accordance with methodological principles described in international standards and guidelines. Our review maps already synthesized research in order to deliver relevant knowledge within a limited timeframe.

The scoping review was conducted according to a developed and published project plan.

We had the following inclusion criteria:

- *Population*: a) Children and young people aged 5-24 years receiving support from one or more services, b) the parents of these children/youth, and/or c) employees in relevant services for these children/youth.
- *Intervention/Exposure*: Interventions to promote and ensure participation. Various approaches to elucidate the child's and youth's desires, opinions, and experiences in different contexts when receiving help/interventions from services.
- *Outcomes*: Children and young people experience that they can freely express their opinions; that they have co-determination; that they trust the services; increased degree of participation; their opinions are carefully considered when decisions are made; better collaboration between services.
- *Study design*: Systematic reviews of quantitative, qualitative, or mixed-method studies.
- Publication year: 2015–2025.
- *Country*: All countries.
- *Language*: English, Norwegian, Swedish, and Danish.

We excluded, among others, reviews of studies on the participation of children and young people at group/system level; on 'shared decision-making' related to a single measure or with limited focus on the participatory process; and on children's and youth's participation closely linked to their experience of a (somatic) illness. A librarian developed a search strategy, and literature was systematically searched for in seven databases, including APA PsycINFO, Cochrane Library, EMBASE, and Epistemonikos. The search was concluded in June 2025. Screening was conducted in two steps. First, titles and abstracts were independently reviewed by two researchers. Then we evaluated relevant publications in full text. Any disagreements in both steps were resolved through discussion.

We assessed the methodological quality of the included systematic reviews using a standardized tool for this purpose, with some minor adjustments for reviews of qualitative studies. From each of the reviews, we extracted relevant information, including the goal of the review; definition of participation; context/theme; population and number; number of studies, study design, and country; as well as results on participation. AI-based tools were used to aid extraction. All information was then manually checked by researchers. We present the reviews with information in text, tables, and figures, along with a summary.

We sought to make a simple assessment of the transferability of the reviews' findings to a Norwegian school context. Because this is a scoping review, we chose to make an assessment based on which countries the studies (included in the reviews) were conducted in, with the premise of similarity related to, e.g., culture for children's participation.

Results

We identified a total of 10,938 references. After screening, 9,567 were automatically excluded. We read 70 full texts, including 19 systematic reviews (one review did not have any included studies). The reviews were published between 2015-2025.

- The context for the reviews was school (n=1), child welfare/social services (n=5), mental health care (n=5), and somatic healthcare (n=7). The systematic reviews covered a total of 356 studies (332 unique studies, i.e., some overlap), with an average of 20 studies (range 7-36 studies).
- All reviews included qualitative studies, and 13 also covered quantitative and/or mixed-method studies.
- All reviews included studies of children and/or young people (0-25 years, most aged 7-17 years), and in 12 reviews, parents and/or service staff were also studied.
- Over 90% of the studies in the reviews were from OECD countries, over 50% were from a European country, at least 12% were from a Nordic country, and at least 6% were from Norway (there was some overlap between the studies in the reviews).
- We assessed the methodological quality of the systematic reviews, with a modified checklist from JBI, to be high (n=7), medium (n=6), and low (n=5).
- Based on the extracted findings from the 18 systematic reviews, we can describe the following possible findings across the included systematic reviews:
 - *Basic principles for good participation*: Children and young people want to be treated as individuals, heard, and included in decisions about their own lives. Participation is understood as a partnership with mutual information exchange, active dialogue, and real influence. Key factors are trusting relationships, openness, and power-conscious practices.
 - *Factors that promote participation*, e.g.: good and stable relationships with professionals; continuity in contact persons; age-appropriate and transparent information; open questions, and time for dialogue; informal and safe meeting spaces; use of spokespersons for the child; multiple meetings; play-based communication for younger children; opportunity for the child to choose the degree of involvement.
 - *Barriers to participation*: perspectives of adults, especially parents, are heard and prioritized over the child's; view of children as incapable of participating; lack of age-appropriate information; strict meetings, one-sided questioning, and little child-friendly language; little private conversation time with service personnel.
 - *Variations in preferences*: children/youth differ in their wishes of degree for participation; older children and youth are often more involved.

Discussion and Conclusion

This scoping review provides an overview of the research on children and youths' participation in encounters with schools or support services. It shows that there is likely limited research on students' participation in their own case specifically related to school absenteeism and/or other school-related issues. However, the review provides an overview of the research field and contributes valuable insight into key factors highlighted across service areas, and which are likely fundamental principles that also have validity and relevance in a school context. However, given this is a scoping review, we cannot draw definitive conclusions about which factors promote student participation in and around school, or how these factors work.

Forord

Område for helsetjenester, Folkehelseinstituttet (FHI), fikk i mai 2025 i oppdrag av Utdanningsdirektoratet å utarbeide en kartlegging over oppsummert forskning om elevens medvirkning ved skolefravær. Formålet var å bidra med kunnskapsgrunnlag til utviklingen av en nasjonal faglige retningslinje om skolefravær, rettet mot ansatte ved skoler, pedagogisk-psykologisk tjeneste (PPT) og skoleeiere. Retningslinjen vil også være nyttige for ansatte i andre velferdstjenester; for barn, unge og foresatte samt for kommuner og fylkeskommuner som tjenesteutøvere. Kunnskapsoppsummeringen ble utført i samarbeid med Kunnskapscenteret for utdanning, Universitetet i Stavanger (KSU). Denne rapporten er nummer tre i en serie på syv rapporter som leveres av FHI og KSU som en del av kunnskapsgrunnlaget for retningslinjen for forebygging og oppfølging av skolefravær.

Område for helsetjenester følger en felles framgangsmåte i arbeidet med kunnskapsoppsummeringer, dokumentert i håndboka «Slik oppsummerer vi forskning». Det innebærer blant annet at vi kan bruke standardformuleringer når vi beskriver metode, resultater og i diskusjon av funnene.

Finansiering

Utdanningsdirektoratet finansierte kartleggingsoversikten og tydeliggjorde problemstillingen og godkjente inklusjonskriteriene, men hadde ingen rolle i utarbeidelsen av den.

Bidragstere

Prosjektleder: Heid Nøkleby (FHI)

Interne prosjektmedarbeidere: Gyri Hval (FHI), Sara Fernandez (FHI), Lien Nguyen (FHI) og Morten Bergsten Njå (KSU).

Takk til ekstern fagfelle Lea Louise Videt, Nordlandsforskning og interne fagfeller Elaine Munthe, KSU og Ingeborg B. Lidal, FHI, som har gjennomgått og gitt innspill til kartleggingsoversikten. En takk også til kollega Liv Giske for bistand underveis.

Oppgitte interessekonflikter

Alle forfattere og fagfeller har fylt ut et skjema som kartlegger mulige interessekonflikter. Den eksterne fagfellen oppgir at hun arbeider på fagfeltet, ellers oppgis ingen interessekonflikter. Folkehelseinstituttet tar det fulle ansvaret for innholdet i rapporten.

Hilde Risstad
fagdirektør

Rigmor C Berg
avdelingsdirektør

Heid Nøkleby
prosjektleder

Innledning

Beskrivelse av problemet/tematikken

I henhold til Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova (1)) har alle barn og unge rett til gratis offentlig grunnskole- og vidaregåande opplæring. Denne retten er ikke bare en juridisk forpliktelse, men en grunnpilar i arbeidet for sosial utjevning og inkludering. Samtidig pålegger loven kommuner og fylkeskommuner et ansvar for å følge opp elever som er fraværende, for å sikre at retten til opplæring faktisk realiseres i praksis (1;2).

Skolefravær er et økende og sammensatt samfunnsproblem med alvorlige konsekvenser for både individ og fellesskap. Elever med vedvarende fravær står i fare for å oppleve lavere læringsutbytte, psykososiale vansker og utenforskap – og risikoen for frafall fra vidaregåande skole øker betydelig (3). I en situasjon med skolefravær har eleven nedfelte og klare rettigheter knyttet til egen medvirkning. Elevens medvirkning vil bidra til at eventuelle tiltak er forankret hos og tilpasset den eleven det gjelder (4).

Barn og unges rett til medvirkning er forankret i FNs Barne-konvensjon (artikkel 12)¹ og i Grunnloven (§ 104 første ledd)². Bestemmelsene gir barn og unge rett til å ytre seg i saker som angår dem og til å øve innflytelse på beslutninger som angår dem. Dette innebærer å få tilstrekkelig og tilpasset informasjon, og fritt å kunne gi uttrykk for sine meninger. Barn og unge skal bli lyttet til, og deres meninger skal vektlegges i samsvar med alder og modenhet.

¹ Barnekonvensjonens artikkel 12:

1) Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

2) For dette formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller gjennom en representant eller et egnet organ, på en måte som er i samsvar med saksbehandlingsreglene i nasjonal rett.

² Grunnlovens § 104:

Barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling.

Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Barn har rett til vern om sin personlige integritet. Statens myndigheter skal legge forholdene til rette for barnets utvikling, herunder sikre at barnet får den nødvendige økonomiske, sosiale og helsemessige trygghet, fortrinnsvis i egen familie.

Opplæringsloven §10-2 (1) følger opp disse lovbestemmelsene og fastslår at elevene har rett til å medvirke i alt som gjelder dem selv, rett til fritt å ytre seg, de skal bli hørt og det de mener skal bli vektlagt etter alder og modning.

Begrunnelse for kartleggingsoversikten

Flere lovbestemmelser (FN, Grunnloven, Opplæringsloven) pålegger med andre ord skolene å lytte til og følge opp elevenes meninger om saker som angår dem selv, som f.eks. i situasjoner med skolefravær. I praksis kan dette likevel være utfordrende, og det er usikkert om det alltid gjøres på en måte som innebærer elevens *reelle* medvirkning i egne saker. Vår studie fra barnevernsfeltet (5) tydet for eksempel på at selv om barnevernloven (§1-4) fastslår at barn og unge har rett til å ytre seg og øve innflytelse på beslutninger som angår dem, så viste resultatene fra både forskningsoppsummeringen og egne intervjuer med ungdom og ansatte at *reell* medvirkning ofte ikke fant sted.

Vi ble enige med oppdragsgiver om å utvikle et kunnskapsgrunnlag basert på allerede oppsummert forskning. Fageksperter i retningslinjens arbeidsgruppe (bestående av relevante direktorater og etater) vurderte at det trolig forelå begrenset oppsummert forskning om medvirkning i en skolekontekst, samt at funn om barn og unges medvirkning i andre fagfelt kunne være relevante. Vi valgte derfor å inkludere forskning fra tilgrensende fagområder, slik som helsetjeneste og barnevern. Vi antar at barn og unges medvirkning i sin egen sak om skolefravær har mange likhetstrekk med medvirkning for eksempel som pasient i helsevesenet eller klient i barneverntjenesten/sosialtjenesten. Slike situasjoner omfatter lov/regelverk om barns medvirkning, samarbeid mellom profesjonelle og foreldre (i hvert fall når barnet er under 16 år) samt beslutninger med potensielt store konsekvenser for barn. Relasjonen mellom barnet og de profesjonelle er ofte av vesentlig betydning for utfallet og i mange tilfeller er problematikken kompleks. I slike settinger vil kompleksiteten og alvorligheten ikke alltid kunne gripes fullt ut av barnet, men 'løsningene' i situasjonen er likevel tett forbundet med barnets tanker, følelser og atferd (6-8).

Begrepsbruk

I likhet med første rapport i denne serien om skolefravær (*Skole-hjem-samarbeid ved forebygging og oppfølging av skolefravær: en flermetodisk systematisk oversikt* (9)) benytter vi i denne oversikten kun begrepet «skolefravær». «Skolefravær» dekker all type fravær, uavhengig av omfang og årsak. Å bruke begrepet «skolefravær» i stedet for «betykningsfullt skolefravær» kan være mer hensiktsmessig på grunn av de ulike definisjonene, årsakene og utfallene knyttet til fravær. Dette begrepet er også mer dekkende for både forebygging og for fravær som vekker bekymring.

Mål og forskningsspørsmål

Målet med dette prosjektet er å kartlegge forskning om hvordan skoler, skoleeiere og samarbeidende tjenester kan legge til rette for elevens medvirkning ved forebygging, tidlig innsats og oppfølging av skolefravær. Kunnskapsgrunnlaget skal brukes inn i arbeidet med en nasjonal faglig retningslinje, utviklet i samarbeid mellom Utdanningsdirektoratet (Udir), Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), Helsedirektoratet (Hdir), Statped og Folkehelseinstituttet (FHI).

Med den beskrevne utvidelsen til andre fagfelt, hadde vi følgende forskningsspørsmål:

Hva finnes av systematiske oversikter om barn og unges medvirkning i møte med skole eller hjelpetjenester, og hva sier disse om hvordan barn og unges medvirkning kan fremmes i møte med slike tjenester?

Metode

Vi utførte en kartleggingsoversikt (engelsk: *scoping review*) i samsvar med metodiske prinsipper beskrevet i faglitteraturen (10-12), med mål om å identifisere og beskrive systematiske oversikter som omhandlet elevens medvirkning i møte med hjelpetjenester. Vi valgte å gjennomføre en kartleggingsoversikt over allerede oppsummert forskning for å kunne fremskaffe et strukturert kunnskapsgrunnlag innenfor prosjektets tidsramme.

Vi kartla oversiktens hovedresultater og utarbeidet en sammenstilling av temaer og mønstre som fremkom i materialet. Flere av de inkluderte oversiktene kan inkludere noen av de samme primærstudiene. Ettersom hensikten med denne oversikten er å gi et bredt bilde av forskningslandskapet, har vi ikke systematisk analysert konsekvenser av en slik mulig overlapp for de beskrevne funnene. Gitt at vi inkluderte eksisterende systematiske oversikter var det heller ikke formålstjenlig å vurdere tillit til funnene ved bruk av GRADE eller tilsvarende verktøy.

Prosjektplan

Kartleggingsoversikten er gjennomført i tråd med prosjektplanen, som ble godkjent av oppdragsgiver, Utdanningsdirektoratet, og er tilgjengelig på FHI sine nettsider (13).

Inklusjonskriterier

Vi hadde følgende inklusjonskriterier:

Populasjon	<p>a. Barn og unge i alderen 5–24 år som mottar støtte fra én eller flere tjenester (f.eks. skole, skolehelsetjeneste, barnevern, psykisk helsevern, somatiske helsetjenester). Hvis utvalget omfatter personer 18 år eller eldre, må resultater for utvalget 18–24 år være presentert separat.</p> <p>b. Foreldrene til disse barna/unge (pkt. a)</p> <p>c. Ansatte i relevante tjenester for disse barna/unge (pkt. a)</p>
Tiltak eller eksponering	<p>Tiltak for å fremme og sikre medvirkning. Ulike tilnærminger for å få fram barnets og ungdommens ønsker, meninger og erfaringer ved ulike kontekster når de får hjelp/tiltak fra tjenester. Eksempler på tilnærminger og metoder: valg av sted for samtale/treff, samtaleteknikker, bruk av skjema eller digitale verktøy</p>

	for å få frem barnets synspunkter, hvem bør delta, tillitsperson, dokumentasjon, barnets beste vurderinger, erfaringsinnhenting, støtte fra familie.
Utfall	Oversiktene må måle om/i hvilken grad: <ul style="list-style-type: none"> • Barn og unge opplever at de fritt kan gi uttrykk for sine meninger • Barn og unge opplever at de har medbestemmelse • Barn/unges synspunkter og meninger er nøye vurdert når beslutninger som omhandler barnet tas • Økt grad av medvirkning • Barn og unge opplever tillit til hjelpeapparat/tjenestene • Bedre samarbeid mellom tjenester
Studiedesign	Systematiske oversikter (dvs. systematiske kunnskapsoppsummeringer som har tydelige inklusjons- og eksklusjonskriterier, systematiske søk i flere databaser, kvalitetsvurdering av inkluderte studier) av kvantitative og eller kvalitative studier
Publikasjonsår	2015–2025
Land/Kontekst	Alle land
Språk	Engelsk, norsk, svensk og dansk

Vi inkluderte systematiske oversikter som var skrevet på skandinaviske språk, men dersom de skulle bli fanget opp i litteratursøket, var det nødvendig at de hadde engelske sammendrag.

Vi ekskluderte følgende typer studier og publikasjoner:

Systematiske oversikter over studier som omhandler utforming av tjenester

- Systematiske oversikter over studier som omhandler medvirkning av barn og unge på gruppenivå/systemnivå
- Systematiske oversikter over studier som omhandler samvalg (eller lignende) i tilknytning til et enkelttiltak eller som har begrenset fokus på medvirkningsprosessen
- Systematiske oversikter over studier som omhandler barn og unges medvirkning tett knyttet til deres opplevelse av en (somatisk) sykdom
- Kunnskapsoppsummeringer som ikke er 'fulle systematiske oversikter', f.eks. kartleggingsoversikter
- Systematiske oversikter som ikke er fagfellevurderte
- Sammendrag fra konferanser, postere, kommentarer eller lederartikler
- Primærstudier

Presisering av inkluderte og ekskluderte tjenester

Som beskrevet i innledningskapittelet valgte vi å inkludere systematiske oversikter med studier av tjenester som barnevern, sosialtjeneste og helsevesen, slik tjenestene fremstår i ulike kontekster og land. Vi oppfatter barn og unges medvirkning i sin egen sak i møte med disse tjenestene som å ha tilstrekkelig likheter med medvirkning i en situasjon med skolefravær.

Vi inkluderte barns medvirkning som pasienter i psykisk og somatisk helsetjeneste. Oversikter over studier fra somatisk helsevesen, f.eks. av barn med kroniske lidelser, ble inkludert, fordi barnets 'håndtering' av situasjonen er tett forbundet med barnets opplevelser (følelser, tanker og atferd). Imidlertid besluttet vi å ekskludere oversikter over studier der barns medvirkning primært var knyttet til konkrete og avgrensede behandlingsvalg (f.eks. valg av et medikament, preferanser under palliativ behandling) eller hadde fokus på *opplevelsen* av sykdommen (bo på sykehus, være borte fra familie og venner, bivirkninger av behandling, osv.). Disse studiene ble vurdert til i mindre grad omhandle situasjoner og dilemmaer relevante for medvirkning ved skolefravær.

Litteratursøk

Søkestrategien ble utarbeidet av bibliotekar Lien Nguyen og fagfellevurdert av bibliotekar Gyri Hval. Det ble søkt systematisk etter litteratur i følgende databaser:

- APA PsycINFO (OVID)
- Cochrane Library [CDSR] (Wiley)
- EMBASE (OVID)
- Epistemonikos
- MEDLINE (OVID)
- Sociological Abstracts (Proquest)
- Web of Science Core Collection [SCI-EXPANDED & SSCI] (Clarivate)

Søket bestod av emneord og tekstord som omfattet barn, unge og medvirkning. Det ble avgrenset med et sensitivt filter for systematiske oversikter (et bredt filter for å fange opp flest mulig systematiske oversikter) og publikasjonsår fra 2015 og nyere, slik det er beskrevet i inklusjonskriteriene. Søket ble avsluttet i juni 2025. EndNote (14) ble brukt for å fjerne dubletter. Vi søkte ikke i andre kilder. Fullstendig søkestrategi er dokumentert i vedlegg 1.

Utvelging av litteratur (screening)

For utvelging (screening) av referanser fra litteratursøket benyttet vi programvaren EPPI-Reviewer (15). Screeningen ble gjennomført i to steg. Først ble titler og sammendrag uavhengig vurdert av to forskere. For å effektivisere screeningsprosessen benyttet vi *priority screening* i programvaren EPPI. Priority screening er en metode basert på maskinlæring, hvor en aktiv læringsalgoritme kontinuerlig trener på våre inklusjons- og eksklusjonsbeslutninger, og deretter rangerer gjenværende referanser etter sannsynlig relevans. På denne måten prioriteres de mest relevante referansene tidlig i screeningsprosessen, noe som kan redusere behovet for å gjennomgå alle referansene (se vedlegg 2 for nærmere beskrivelse av bruk av maskinlæring og kunstig intelligens). Vi avsluttet screeningen etter å ha vurdert 1371 referanser (~11 % av søketreffet) på grunn av vedvarende lav inklusjonsrate (kun 4 av de siste 190 vurderte publikasjonene ble inkludert) og behov for å avgrense ressursbruken.

Etter å ha vurdert referansenes titler og sammendrag vurderte vi relevante publikasjoner i fulltekst basert på våre forhåndsdefinerte inklusjons- og eksklusjonskriterier. Eventuelle uenigheter i begge steg ble løst gjennom diskusjon.

Studier som ble lest i fulltekst, men ekskludert, er listet med begrunnelse i vedlegg 3.

Vurdering av metodisk kvalitet

Til vurdering av metodisk kvalitet benyttet vi en modifisert versjon av JBI-verktøyet for systematiske oversikter, tilpasset vurdering av kvalitative oversikter (16) (se vedlegg 4). Dette verktøyet har 11 spørsmål og er utviklet for kvalitetsvurdering av ulike typer systematiske oversikter. For å ivareta den kvalitative tilnærmingen, la vi til noen elementer for å tydeliggjøre vurderingen av oversikter som omfattet kvalitative studier. Disse var hentet fra SBUs sjekkliste for oversikter over kvalitative studier (17;18). I tillegg inkluderte vi et siste spørsmål for å fange opp eventuelle andre bekymringer, slik at verktøyet totalt omfattet 12 spørsmål.

Spørsmålene i verktøyet fra JBI omhandlet planlegging og gjennomføring knyttet til forskningsspørsmål, inklusjonskriterier, søkestrategi, litteratursøk, kvalitetsvurdering, dataauthenting, analyse/syntese, publiseringskjevheter (for oversikter over kvalitative studier: refleksivitet), anbefalinger for praksis eller politikktutforming samt retning for ny forskning (se detaljer i vedlegg 4).

Én forsker gjennomførte sin vurdering av hver oversikt ved hjelp av sjekklisten, og en annen forsker kontrollerte vurderingen for å sikre nøyaktighet og om hen var enig i vurderingen. Forskerne som var involvert i kvalitetsvurderingen diskuterte deretter vurderingen og ble enige om en endelig bedømmelse.

Verktøyet fra JBI inkluderer ingen veiledning for å gjøre en overordnet vurdering av den systematiske oversiktens metodiske kvalitet. Vi valgte derfor å utføre en totalvurdering av kvalitet (høy, middels eller lav) basert hvordan de 12 spørsmålene ble besvart.

Resultatene fra kvalitetsvurderingen er presentert i vedlegg 5.

Uthenting av data

Fra hver inkludert systematisk oversikt hentet vi ut informasjon som var relevant i lys av vårt forskningsspørsmål og forhåndsdefinerte inklusjonskriterier. Data for følgende variabler ble ekstrahert:

- Tittel
- Forfattere
- Publikasjonsår
- Mål med oversikten
- Definisjon av medvirkning

- Populasjon
- Kontekst / tematikk
- Antall deltakere
- Antall primærstudier, studiedesign og land
- Resultater om medvirkning
- Hovedresultater

For å støtte dataekstraheringen benyttet vi det KI-baserte verktøyet *Elicit* (19). Verktøyet anvender store språkmodeller (LLMer) og metoder fra naturlig språkprosessering (NLP) for å identifisere relevante tekstutdrag fra artikkelfiler basert på brukerdefinerte spørsmål. Eksempelvis benyttet vi modellen til å søke etter eksplisitte beskrivelser av populasjon, definisjon av medvirkning og hovedresultater. Hver variabel ble representert som en egen kolonne i *Elicit*, med tydelige instruksjoner om hvilken informasjon som skulle hentes ut (se flere detaljer i vedlegg 2). *Elicit* muliggjør også kvalitetssikring av dataekstraheringen ved at man kan undersøke nøyaktig hvor i det opprinnelige dokumentet hvert enkelt utdrag er hentet fra, slik at forskeren kan verifisere informasjonen direkte mot kildeteksten.

Én forsker testet og justerte ekstraheringsoppsettet på fem artikler for å sikre at verktøyet fanget opp relevante data. All ekstrahert informasjon ble deretter manuelt kontrollert for å validere nøyaktighet og sikre konsistens på tvers av studiene. Hvert resultat ble kontrollert av to forskere. Det ble også lagt til ny relevant informasjon fra den manuelle gjennomgangen.

Kartlegging av kunnskapsgrunnlaget

Vi sorterte publikasjonene i kategorier i henhold til tematikk (skole, barnevern, psykisk helsevern, med flere), publikasjonsår, type og antall studier samt primærstudienes land. Vi presenterer figurer og tabeller over studiene basert på disse kategoriene. Videre presenteres både enkle og utvidete tabeller med vårt datauttrekk og vår vurdering av de systematiske oversiktens metodiske kvalitet. Med utgangspunkt i variabelen «Funn om barns medvirkning» (se vedlegg 6), brukte vi ChatGPT (20) til å utarbeide en tabell der resultatene fra oversiktene ble organisert i overordnede temaer med tilhørende funn. Alle overordnede temaer og funn ble deretter sjekket manuelt av forskerne, sett opp mot øvrige uthentede data og eventuelt redigert i tråd med de originale oversiktene. Oversiktene som støttet de aktuelle funnene, ble lagt til som referanser (se tabell 4). (Alle data i vedlegg 6 er hentet ut med hjelp av KI-verktøyet *Elicit* og deretter sjekket av forskere, som beskrevet ovenfor og i vedlegg 2.) I tråd med metodiske standarder for kartleggingsoversikter utførte vi ingen grundige datasynteser, f.eks. ingen metaanalyser eller kvalitative synteser, eller vurderte tillit til resultatene.

Basert på de uthentede og manuelt kontrollerte dataene, utarbeidet vi i tillegg norske sammendrag fra de inkluderte systematiske oversiktene. Vi valgte å utforme egne sammendrag fremfor å oversette de publiserte abstraktene, ettersom disse ofte inneholder begrenset informasjon og gjerne legger vekt på aspekter som vil være mindre relevante

for vår unike problemstilling. KI-verktøy ble benyttet som støtte i utformingen av sammendragene, og alle sammendrag ble manuelt kvalitetssikret (se vedlegg 2).

Vi brukte sjekklisten *The PRISMA extension for scoping reviews* (21) for å sikre rapporteringskrav.

Vurdering av overførbarhet

I denne kartleggingen av systematiske oversikter over barn og unges medvirkning i sin sak inkluderte vi oversikter fra ulike hjelpetjenester for barn og unge, i tillegg til skole. Dette kunne f.eks. være barnevern eller psykisk helsevern. Videre inkluderte vi oversikter uten å sette begrensninger med hensyn til opprinnelsesland. Variasjon i faktorer som skole- og hjelpetjenestenes organisering, nasjonale rammebetingelser og kulturelle særtrekk (f.eks. barns motivasjon for medvirkning, ansattes kompetanse samt holdninger til barns medvirkning basert på bl.a. familie- eller samfunnskultur) kan begrense overføringsverdien av oversiktens resultater til en norsk skolekontekst. Vi diskuterte de ulike faktorene med arbeidsgruppen fra Utdanningsdirektoratet, som består av personer med kompetanse innen skole- og utdanningsfeltet samt barn og unges utvikling.

I en kartleggingsoversikt av systematiske oversikter vil det ikke være mulig på en rask og enkel måte å hente ut detaljerte data om faktorer som kan ha betydning for generaliserbarhet og relevans. Vi valgte derfor å kun forholde oss til hvilke land studiene kommer fra. Vi mener dette var et formålstjenlig valg, gitt prosjektets rammebetingelser, og i lys av at alle land som er medlem av FN har underskrevet Barnekonvensjonen (iverksett 02.09.1990), med unntak av USA (22). Landene har altså tilsluttet seg artikkel 12, som slår fast at alle barn har rett til å uttale seg og deres mening skal tillegges vekt i samsvar med alder og modenhet. Videre skal barnet spesifikt gis anledning til å bli hørt i sin egen sak, enten direkte eller gjennom en representant/egnet organ. Dette vil likevel ikke alltid samsvare med praksis, og mange land vil på dette området skille seg fra Norge. Et annet perspektiv på vurdering av overførbarhet er å se på likheter ved skolesystemet. Det er bl.a. store likheter mellom nordiske land (se f.eks. (23)) og både likheter og forskjeller mellom europeiske land (se f.eks. (24)). Medlemslandene i OECD³ har også noen innbyrdes fellestrekk og utelukker land med ekstrem fattigdom eller svært autoritære styresett (25).

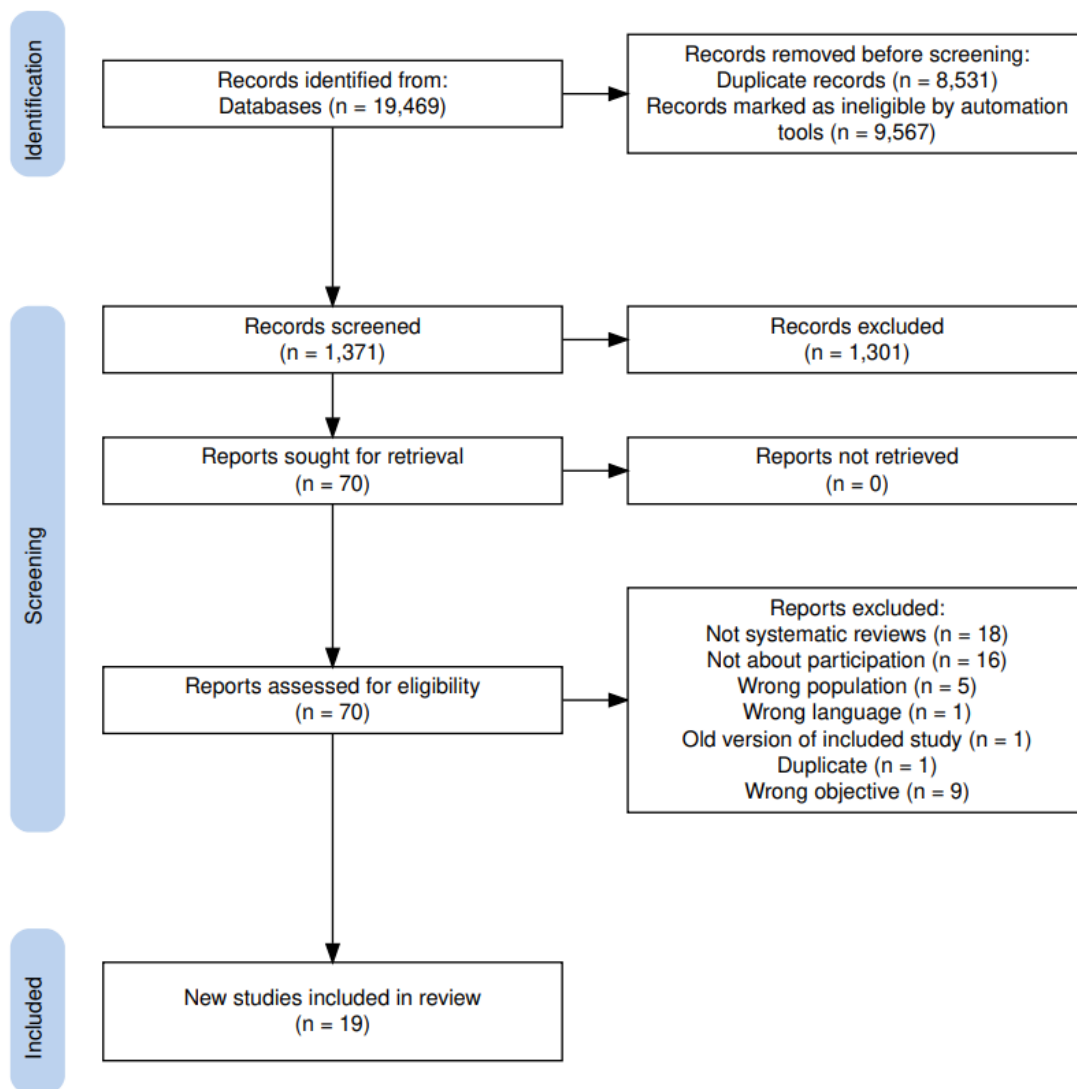
³ OECD, *Organisasjonen for økonomisk samarbeid og utvikling* har 38 medlemsland per 01.09.2025: Australia, Belgia, Canada, Chile, Colombia, Danmark, Estland, Finland, Frankrike, Hellas, Irland, Island, Israel, Italia, Japan, Sør-Korea, Latvia, Litauen, Luxembourg, Mexico, Nederland, New Zealand, Norge, Polen, Portugal, Slovakia, Slovenia, Spania, Storbritannia, Sverige, Sveits, Tsjekkia, Tyrkia, Tyskland, Ungarn, USA, Østerrike, Costa Rica.

Resultater

Fra litteratursøket i elektroniske databaser ble 19 469 referanser importert til EndNote (14), der 8 516 dubletter ble fjernet. Deretter ble 10 953 importert til EPPI-Reviewer (15), hvor ytterligere 15 dubletter ble fjernet. Totalt 10 938 referanser inngikk i screening i EPPI-Reviewer. Av disse ble 1371 vurdert på tittel og sammendrag. I tråd med priority screening-strategien ble 9 567 referanser vurdert som åpenbart ikke relevante og ekskludert (se flytskjema, figur 1, (26)).

Totalt 70 referanser ble vurdert som potensielt relevante. Disse ble innhentet og lest i fulltekst, og 19 ble inkludert.

Blant referansene som ble ekskludert, var 18 ikke systematiske oversikter, 16 omhandlet ikke medvirkning, og 5 hadde en annen populasjon enn den som er definert i inklusjonskriteriene. Videre ble én referanse ekskludert på grunn av språk, én fordi den var en eldre versjon av en nyere oversikt, og én fordi den var en dublett. Ni referanser ble ekskludert fordi formålet var tett knyttet til opplevelse av en spesifikk sykdom. En referanseliste over de ekskluderte studiene er listet med eksklusjonsgrunn i vedlegg 3.



Figur 1: Flytskjema over utvelgelse av studier

Beskrivelse av de inkluderte systematiske oversiktene

Vi inkluderte 19 systematiske oversikter i denne kartleggingsoversikten (27-45), se tabell (27-45)1. Én av de systematiske oversiktene, Malone 2019 (41) inkluderte ingen primærstudier og er derfor ikke tatt videre til senere tabeller/figurer, kvalitetsvurdering og dataauthenting.

Tabell 1: Beskrivelse av de inkluderte studiene med karakteristika, alfabetisk etter første-forfatter (N=19)

Førsteforfatter (årstall)	Tematikk / fagfelt	Utvalg alder barn/unge	Antall studier (studiedesign)	Vår vurdering av kvalitet
Appleton 2022 (27)	Psykatri	12-25 år	7 (4 mixed, 2 kval, 1 kvant)	Høy
Barnett 2019 (28)	Psykatri, barnevern	(ikke oppgitt)	11 (8 kval, 2 kvant, 1 mixed)	Høy
Barratt 2022 (29)	Somatikk	2-18 år	21 (18 kval, 3 mixed)	Lav
Bray 2018 (30)	Somatikk	5-18 år	12 (5 kval, 4 kvant, 3 mixed)	Høy
Brummelaar 2018 (31)	Psykatri, barnevern	0-25 år	16 (9 kval, 4 kvant, 3 mixed)	Lav
Critoph 2024 (32)	Somatikk	13-24 år	36 (32 kval, 2 kvant, 2 mixed)	Middels
Davies 2015 (33)	Somatikk, annet	(ikke oppgitt)	8 (alle kval)	Lav
Gondek 2017 (34)	Psykatri	(ikke oppgitt)	23 (alle kval)	Høy
Gray 2022 (35)	Skole, psykiatri, funksjonsnedsettelse	5-17 år	10 (kval og mixed)	Middels
Hughes 2018 (36)	Somatikk	13-24 år	22 (15 kvant, 4 mixed, 3 kval)	Middels
Juul 2025 (38)	Barnevern	0-12 år	30 (alle kval)	Middels
Jørgensen 2023 (37)	Barnevern/sosiale tjenester	5-23 år	25 (alle kval)	Middels
Kennan 2018 (39)	Barnevern	(ikke oppgitt)	20 (17 kval, 2 kvant, 2 mixed)	Høy
Kim 2018 (40)	Somatikk, psykiatri	11-29 år	23 (11 kval, 8 kvant, 4 mixed)	Lav
* Malone 2019 (41)	Somatikk	4-18 år	<i>Ingen inkluderte studier</i>	
McTavish 2022 (42)	Barnevern	0-18 år	22 (kval, mixed)	Høy
Pyke-Grimm 2020 (43)	Somatikk	7-24 år	21 (15 kval, 6 kvant)	Lav
Toros 2024 (44)	Barnevern	6-20 år	13 (alle kval)	Middels
Viksveen 2024 (45)	Psykatri	13-18 år	36 (28 kval, 8 kvant)	Høy

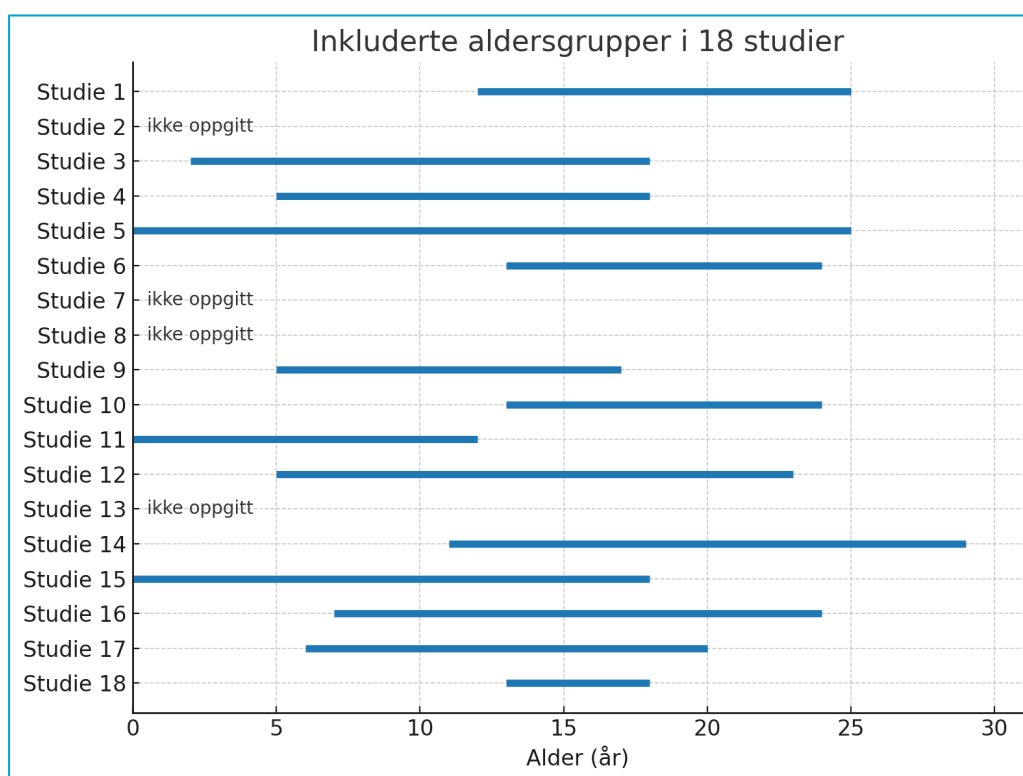
Kval = studier med kvalitative data; Kvant = studier med kvantitative data; Mixed = mixed-metode-studier med en kombinasjon av kvalitative og kvantitative data

* Oversikten av Malone (2018) inkluderte ingen studier; vi lister Malone i denne tabellen, men den er ikke tatt med i videre presentasjon av resultatene.

Kontekst. Som tabell 1 viser, identifiserte vi kun én systematisk oversikt som inkluderte studier fra en skolekontekst. Utvalget her var barn og unge med ulike funksjonsvansker og deres medvirkning i tilretteleggingen i sin skolekontekst. Selv om det forekommer noe tematisk overlapp, omhandlet de øvrige oversiktene hovedsakelig barnevern/sosiale tjenester (n=5), psykisk helsevern (n=5) og somatisk helsehjelp (n=7). Oversiktene fra barnevernsfeltet omfattet blant annet studier av barn og unges medvirkning i sin hverdag i institusjon/fosterhjem og medvirkning i sin egen barneverns-sak. Oversiktene om psykisk helsevern omhandlet f.eks. medvirkning som innlagt pasient og i sitt eget behandlingsforløp. Lignende forhold inngikk i oversiktene over barn og unges medvirkning som pasienter i somatisk helsetjeneste, dvs. deltakelse i behandlingsplanlegging, kommunikasjon med behandlere og medvirkning i trekantforholdet

barn-foreldre-behandler. På tvers av kontekst undersøkte de fleste av de 18 oversiktene generelle aspekter ved barn og unges medvirkning: informasjon, møter, planer, behandling, kommunikasjon med og relasjoner til ansatte samt foreldre-barn-ansatt-forholdet.

Populasjon. Alle oversiktene inkluderte studier der barn og/eller unge var undersøkt. Aldersspennet i de inkluderte oversiktene (figur 2) viser at det totale aldersintervallet var 0-29 år. Hovedtyngden av studiene omfattet barn og unge i alderen 7 til 18 år, med aller flest i aldersgruppen 13-17 år. I tillegg omfattet åtte av oversiktene studier av foreldre/omsorgsgivere til barna og ungdommene, og elleve inkluderte studier av ansatte i relevante tjenester (se vedlegg 6).



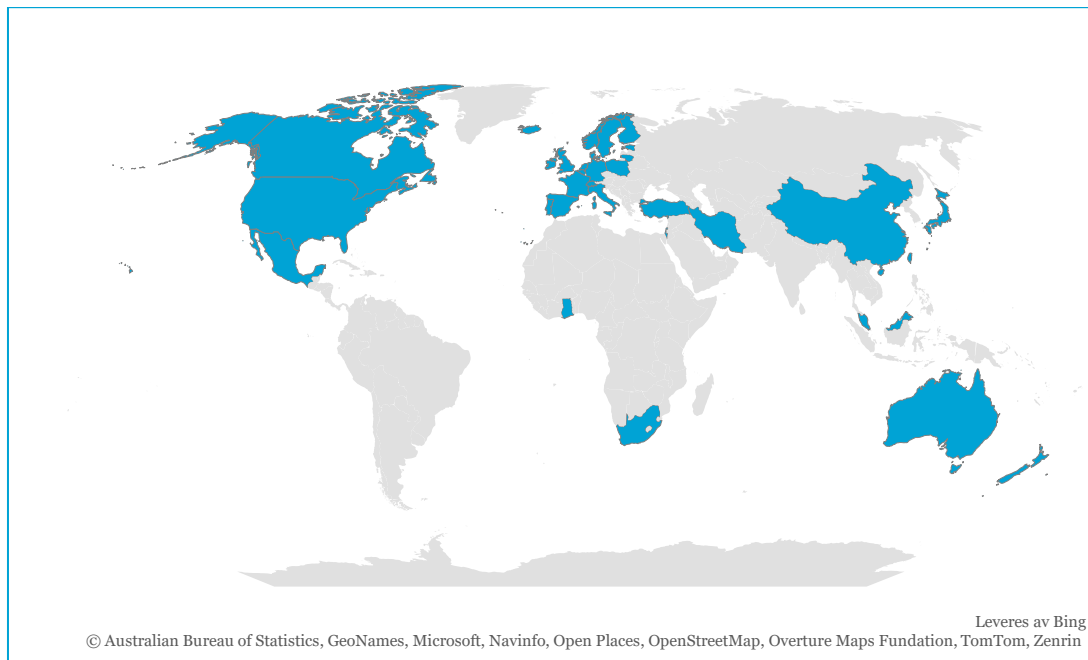
Figur 2: Aldersspennet i de inkluderte oversiktene (N=18)*

* Studiene er nummerert i alfabetisk rekkefølge, i tråd med informasjon i tabell 1.

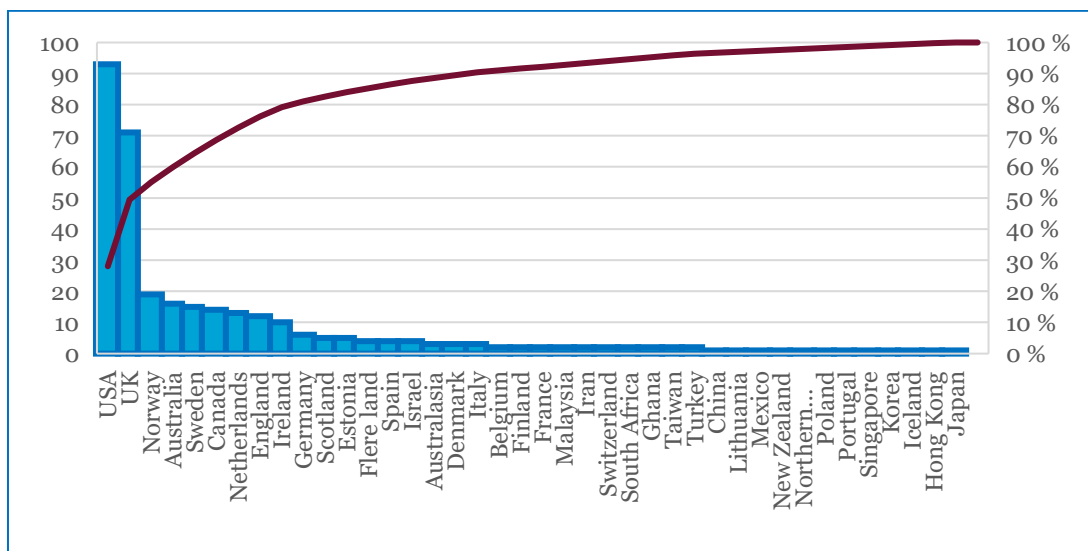
Studiedesign. De 18 systematiske oversiktene inkluderte mellom 7 og 26 primærstudier (gjennomsnitt 19,7 studier), totalt 356 studier (332 unike studier, dvs. noe overlap). Alle oversiktene omfattet kvalitative studier, og fem inkluderte *utelukkende* kvalitative studier. De øvrige inkluderte også kvantitative studier og/eller mixed-metodestudier, men i de fleste tilfellene utgjorde kvalitative studier hovedtyngden. Kartleggingsoversikten bygger dermed primært på funn fra kvalitative primærstudier.

Publiseringsår. De inkluderte systematiske oversiktene er publisert mellom 2015 og 2025. Ti av de atten oversiktene er publisert etter 2020.

Fordeling på land. Primærstudiene som inngikk i oversiktene er gjennomført i mange land, men primært innenfor OECD (figur 3 og 4).



Figur 3: Oversiktens inkluderte primærstudier fordelt på land (N=332)



Figur 4: Oversiktens inkluderte primærstudier fordelt på land (N=332)

Oversiktens metodiske kvalitet

Vår vurdering av de systematiske oversiktens metodiske kvalitet viste følgende fordeling:

- 7 oversikter hadde høy metodisk kvalitet
- 6 oversikter hadde middels metodisk kvalitet
- 5 oversikter hadde lav metodisk kvalitet

Når vi vurderte at oversiktene hadde metodiske begrensninger, var det særlig på grunn av:

- Vurderinger av studienes kvalitet (f.eks. kun utført av én forsker)
- Dataauthenting (f.eks. kun utført én forsker)

- Beskrivelser av metoder for analyse/syntese (begrensede beskrivelser)
- Konklusjonens eller anbefalingenes støtte i kunnskapsgrunnlaget (manglende støtte)
- Mulige publikasjonsskjevheter (ikke vurdert for oversikter over kvantitative studier)
- Forskernes refleksivitet (ikke vurdert for oversikter over kvalitative studier).

Når det gjelder refleksivitet så inngår det i flere sjekklister for oversikter over kvalitative studier (17;46;47), og vi valgte derfor å inkludere dette som vurderingskriterium. Beskrivelser av forskernes refleksivitet var ofte mangelfulle.

Ingen av de systematiske oversiktene benyttet en strukturert eller standardisert metode for å vurdere tilliten til oversiktens resultater, slik som GRADE (48) eller GRADE-CERQual (49). Enkelte av oversiktene beskrev at de i syntesen hadde lagt større vekt på resultater fra studier med høy eller middels metodisk kvalitet, fremfor studier med lav metodisk kvalitet.

Tabeller med fullstendige kvalitetsvurderinger finnes i vedlegg 5.

Uthentede data fra de inkluderte systematiske oversiktene

I vedlegg 6 presenteres tabeller med uthentede data fra de systematiske oversiktene: oversiktens formål, definisjon av medvirkning, populasjon, resultater spesifikt om barn og medvirkning samt hovedresultater.

Norske sammendrag av hver oversikt

En liste med norske sammendrag finnes i vedlegg 7.

Overførbarhet til en norsk kontekst

Basert på hvilke land de inkluderte studiene i våre 18 inkluderte systematiske oversikter stammet fra, foretok vi en vurdering av funnenes overførbarhet til norsk kontekst (tabell 3). En slik vurdering tar ikke hensyn til hvor mye resultater fra de enkelte studiene/landene er vektlagt i en systematisk oversikt.

Vi ser av tabell 3 at studier fra nordiske land (merket i grått) inngår i 12 av 18 oversikter. Andelen nordiske studier er høyest i en oversikt fra sosialtjeneste/barnevernfeltet, utført av forskere fra Norge (8 av 25 studier, (37)). I en oversikt fra barnevernfeltet er hele 5 av 30 inkluderte studier fra Norge (38).

Majoriteten av primærstudiene i de inkluderte oversiktene har opprinnelse i et OECD-land (over 90 %). Flest studier er utført i USA (28 %) og i Storbritannia (21 %). Over halvparten av studiene har opprinnelse i et land innenfor EU-land, Storbritannia, Norge, Island eller Sveits. Dette indikerer at mange av studiene er gjennomført i land

med sammenlignbare rettslige og institusjonelle rammer. Samtidig kan det forekomme betydelige kulturelle og institusjonelle forskjeller også mellom europeiske land. Selv om landene har tilsluttet seg FNs barnekonvensjon, kan forståelsen av barns rolle, autonomi og medvirkning variere. Dette kan påvirke overførbareheten av funnene til norsk skolekontekst. Selv om kultur for barns medvirkning står sterkere i nordiske land enn i mange andre land, tror vi likevel samlet sett at de gjennomgående temaene og funnene som oversiktene rapporterte – i hovedsak kan være overførbare til en norsk kontekst. Vi vurderte at betingelser som legger til rette for eller hindrer barns medvirkning slik det fremkommer i denne kartleggingsoversikten (tabell 4), peker på konkrete og relasjonelle aspekter som synes relevante (kommunikasjon, dialog, informasjon, maktforhold, individuell tilrettelegging, mm.), og er mindre avhengig av juridisk eller institusjonell kontekst. Funnene er også i overensstemmelse med ulike råd og anbefalinger om barns medvirkning i norsk kontekst (4;6-8).

Det er noe overlapp mellom de systematiske oversiktene, det vil si at enkelte primærstudier er inkludert i flere oversikter. Disse får dermed «dobbelstemme» når vi gjør opptellinger som i tabell 3. Av de 356 inkluderte primærstudiene som er listet i tabell 3 er det 332 unike studier. For eksempel er en norske studien av Husby et al. fra 2018 inkludert i to ulike systematiske oversikter (37;38), og antallet unike norske studier er derfor 19.

Tabell 3: Inkluderte oversikter med antall studier inkludert, opprinnelsesland og andel studier fra Norden, EU og OECD (N=18) (nordiske land er uthevet med grå farge)

Studie	Tematikk	Antall studier	Antall studier per land	Andel studier fra hhv. Norden, EU og OECD
Appleton (2022) (27)	Psykiatri	7	UK: 4, USA: 1, Ireland: 1, Canada: 1	71% fra EU+UK 100% fra OECD
Barnett (2019) (28)	Psykiatri, barnevern	11	USA: 10, Canada: 1	100% fra OECD
Barratt (2022) (29)	Somatikk	21	Turkey: 2, Portugal: 1, USA: 4, China: 1, Canada: 1, Sweden: 3, United Kingdom: 4, Iran: 1, Malaysia: 1, Taiwan: 1, Iceland: 1, Italy: 1	19% fra Norden 43% fra EU + UK 81% fra OECD
Bray (2018) (30)	Somatikk	12	USA: 4, Malaysia: 1, Denmark: 1, UK: 3, Sweden: 1, Norway: 1, Netherlands: 1	25% fra Norden 58% fra EU+UK+Norge 92% fra OECD
Brummelaar (2018) (31)	Psykiatri, barnevern	16	USA: 2, Canada: 1, England: 1, Ireland: 1, Australia: 2, Sweden: 3, Norway: 1, Ghana: 1, Germany: 1, Italy: 1, Scotland: 2	25% fra Norden 56% fra EU+UK+Norge 94% fra OECD
Critoph (2024) (32)	Somatikk	36	USA: 19, UK: 3, Australasia: 3, Australia: 1, Norway: 2, Israel: 1, Iran: 1, Mexico: 1, France: 1, Denmark: 1, Korea: 1, Taiwan: 1, Three European countries (Germany, Austria and Switzerland): 1	8% fra Norden 53% fra USA 89% fra OECD
Davies (2015) (33)	Somatikk, annet	8	UK: 1, England: 1, Ireland: 4, Sweden: 1, Israel: 1	88% fra EU+UK 100% fra OECD
Gondek (2017) (34)	Psykiatri	23	UK: 10, USA: 4, Scotland: 1, Sweden = 2, Belgium = 1, Australia: 2, Hong Kong: 1, Canada: 1, Irland: 1	9% fra Norden 65% fra EU+UK 96% fra OECD

Gray (2022) (35)	Skole, psykiatri, funksjonsnedsettelser	10	UK: 9, Australia: 1	90% fra UK 100% OECD
Hughes (2018) (36)	Somatikk	22	USA: 15, United Kingdom: 4, France: 1, Germany: 1, Japan: 1	27% fra EU+UK 100% OECD
Juul (2025) (38)	Barnevern	30	UK: 9, Norway: 5, Netherlands: 2, Estonia: 2, Ghana: 2, Spain: 3, Australia: 2, Italy: 1, Singapore: 1, Germany: 1, Sweden: 1, England (1).	20% fra Norden 80% fra EU+UK+Norge 90% OECD
Jørgensen (2023) (37)	Barnevern/sosialtjeneste	25	Germany: 1, New Zealand: 1, Finland: 2, Netherlands: 1, UK: 4, Norway: 5, Australia: 2, Estonia: 3, USA: 2, South Africa: 1, Sweden: 1, Ghana: 1, Portugal/Spain: 1	32% fra Norden 72% fra EU+UK+Norge 92% OECD
Kennan (2018) (39)	Barnevern	20	UK: 14, Ireland: 1, Australia: 1, Norway: 1, Canada: 1, Germany: 1, Belgium: 1	5% fra Norden 90% fra EU+UK+Norge 100% OECD
Kim (2018) (40)	Somatikk	23	Netherlands: 1, Poland: 1, Spain: 1, UK: 3, USA: 14, South Africa: 1, Sweden: 1, Norge 1.	9% fra Norden 35% fra EU+UK+Norden
McTavish (2022) (42)	Barnevern	22	Australia=1, Canada=2, Denmark=1, England=7, Finland=1, Israel=1, Netherlands=2, Northern Ireland=1, Scotland=1, Sweden=2, USA=3	18% prosent fra Norden 68% fra EU+UK 100% OECD
Pyke-Grimm (2020) (43)	Somatikk	21	United Kingdom: 1, Netherlands: 3, Switzerland: 2, Australia: 1, , USA: 11, Ireland: 1, USA+Australia: 1, USA+Canada: 1	33% fra EU+Sveits+UK 62% fra USA 100% OECD
Toros (2024) (44)	Barnevern	13	UK: 5, Estonia: 2, Spain: 1, Netherlands: 1, USA: 1, Israel: 1, Lithuania: 1, Ghana: 1	77% fra EU+UK 92% fra OECD
Viksveen (2024) (45)	Psykatri	36	Norway: 4, USA: 10, Canada: 6, UK: 7, Australia: 4, Ireland: 1, Netherlands: 2, Germany: 2	11% fra Norden 100% OECD

Gjennomgående temaer og funn

Med utgangspunkt i de uthentede dataene om medvirkning fra hver av de 18 inkluderte oversiktene (vedlegg 6 og 7), identifiserte vi noen gjennomgående temaer i funnene. Vi identifiserte det vi betrakter som sentrale elementer på tvers av de ulike tjenestemrådene omtalt i oversiktene, som trolig er grunnleggende prinsipper som antas å ha gyldighet og relevans i en skolekontekst. Det gjelder i) grunnprinsipper for god medvirkning, ii) faktorer som fremmer barn og unges medvirkning, iii) barrierer mot medvirkning, iv) variasjon i preferanser og v) konsekvenser av god medvirkning.

Vi gjør oppmerksom på at disse funnene ikke hensyntar de inkluderte oversiktene metodiske kvalitet (eller de inkluderte primærstudienes metodiske kvalitet), tematikk (fagområde) i studiene, antall inkluderte studier og land eller eventuell overlapp mellom oversiktene.

Nedenfor presenterer vi de fem overordnede temaene med 31 underliggende funn som vi identifiserte på tvers av oversiktene, med referanse til hvilke systematiske oversikter som støtter disse (tabell 4).

Tabell 4: Funn på tvers av de inkluderte oversiktene

Tema	Funn	Systematiske oversikter som støtter funnet
Grunnprinsipper for god medvirkning		
	Barn og unge ønsker å bli behandlet som individer, hørt og inkludert i beslutninger om eget liv	Appleton 2022, Barratt 2022, Brummelaar 2018, Critoph 2024, Davies 2015, Gondek 2017, Gray 2022, Toros 2024
	Medvirkning forstås som et partnerskap med gjensidig informasjonsutveksling, aktiv dialog og reell innflytelse	Brummelaar 2018, Jørgensen 2024, Toros 2024, Viksveen 2024
	Nøkkelfaktorer er tillitsfulle relasjoner, åpenhet og maktbevisste praksiser	Appleton 2022, Barnett 2019, Brummelaar 2018, Jørgensen 2024, Kim 2018, McTavish 2022, Viksveen 2024
Faktorer som fremmer barn og unges medvirkning		
Relasjon og tillit	Gode og stabile relasjoner til fagpersoner skaper trygghet	Appleton 2022, Barnett 2019, Brummelaar 2018, Gondek 2017, Hughes 2018, Jørgensen 2024, Kennan 2018, Kim 2018, McTavish 2022
	Kontinuitet i kontaktpersoner (f.eks. fastlege, saksbehandler) fremmer åpenhet og trygghet	Barnett 2019, Gondek 2017
Kommunikasjon	Alderstilpasset og transparent informasjon er viktig gjennom hele prosessen	Barratt 2022, Davies 2015, Hughes 2018, Juul 2025, Kennan 2018, Pyke-Grimm 2020, Toros 2024
	Aktiv lytting, åpne spørsmål og tid til dialog øker medvirkning	Appleton 2022, Bray 2018, Jørgensen 2023, Kim 2018
	Uformelle og trygge møtearenaer reduserer angst og senker terskelen for å delta	Gray 2022, Juul 2025
Strukturelle tiltak	Bruk av talspersoner for å sikre at barnets synspunkt blir fremmet	Kennan 2018
	Flere møter gir større mulighet for å uttrykke seg og påvirke beslutninger	Bray 2018, Kennan 2018
	Lekbasert kommunikasjon og dialogiske metoder for yngre barn	Juul 2025
	Økt kompetanse hos tjenesteytere	Gondek 2017, Hughes 2018, Kim 2018, Viksveen 2024
Autonomi og medbestemmelse	Felles beslutningstaking (<i>'shared decision-making'</i>) styrker eierskap til beslutninger	Barratt 2022, Bray 2018
	Mulighet til å velge grad av involvering, særlig viktig for unge med ulike ønsker om ansvar	Barratt 2022, Kim 2018.
	Medvirkning fører til bedre behandlingsmotivasjon, høyere oppmøte og mindre behov for tvang	Viksveen 2024
Barrierer mot medvirkning		
Maktubalanse	Voksnes og spesielt foreldres perspektiver høres og prioriteres ofte over barnets	Barratt 2022, Critoph 2024, Davies 2015, Jørgensen 2024, McTavish 2022, Pyke-Grimm 2020, Toros 2024

	Holdning som tilsier at barn ikke har kapasitet til å medvirke	Davies 2015, Juul 2025
	Symbolsk deltakelse uten reell påvirkning	Toros 2024
Manglende informasjon	Barn får ofte lite eller ingen innsikt i egen situasjon eller behandlingsplan	Gondek 2017, McTavish 2022, Pyke-Grimm 2020
	Manglende alderstilpasset informasjon begrenser forståelse og medvirkning	Davies 2015, Gondek 2017, Juul 2025, Kennan 2018, Toros 2024
Formelle og lite tilpassede prosesser	Strengte møter, ensidig utspørring og lite barnevennlig språk hemmer medvirkning	Hughes 2018, Juul 2025, Kennan 2018
	Yngre barn behandles som objekter, ikke som aktive deltakere	Juul 2025
Kommunikasjonsutfordringer	Mangel på privat samtaleid med tjenestepersonell	Critoph 2024
	Tidspress og manglende kontinuitet i relasjonen	Gondek 2017, Juul 2025
Variasjon i preferanser for medvirkning		
	Noen ønsker å ta aktive beslutninger, andre vil ha en mer tilbaketrukket rolle	Barratt 2022, Critoph 2024, McTavish 2022, Pyke-Grimm 2020
	Mange ønsker å dele ansvar med foreldre og fagpersoner fremfor å ha full kontroll alene	Pyke-Grimm 2020
	Eldre og mer erfarne barn er oftere mer involvert	Davies 2015, Gondek 2017, Pyke-Grimm 2020
Konsekvenser av god medvirkning		
	Økt tilfredshet, trygghet og følelse av kontroll	Barratt 2022, Viksveen 2024
	Bedre relasjonskvalitet til både fagpersoner og familie	Gray 2022
	Høyere oppmøte og kontinuitet i behandling	Critoph 2024, Viksveen 2024
	Mindre behov for tvang og lavere frafallsrater	Viksveen 2024

Diskusjon

Hovedfunn

Hva finnes av systematiske oversikter om barn og unges medvirkning i møte med skole eller hjelpetjenester?

I denne kartleggingsoversikten identifiserte vi 19 systematiske oversikter, hvorav én ikke hadde inkludert noen studier. De øvrige 18 inkluderte oversiktene omfatter studier fra ulike fagfelt: kun én fra skole, og de øvrige innen barnevern/sosialtjeneste, psykisk helsevern og somatisk helsehjelp. Hovedtyngden av barn og unge i oversiktene var mellom 7 og 17 år, med et aldersspenn fra 0 til 29 år. I 12 av oversiktene var også foreldre og/eller tjenesteansatte undersøkt, med fokus på hvordan de erfarte barn og unges medvirkning.

Av de 18 oversiktene var det flest kvalitative studier inkludert, men også noen kvantitative og mixed-metode studier. Syv oversikter ble vurdert til å ha høy metodisk kvalitet, seks til å ha middels og fem til å ha lav metodisk kvalitet.

Syv av oversiktene inkluderte studier fra Norge (med noe overlapp), og førti inkluderte studier fra nordiske land. Over halvparten av studiene i de 18 oversiktene var utført i EU-land eller Storbritannia, og de aller fleste i et OECD-land, med høyest andel fra USA eller Storbritannia.

Samlet sett vurderer vi kunnskapsgrunnlaget som moderat solid. De fleste oversiktene har middels eller høy metodisk kvalitet, og over halvparten av studiene er utført i Europa. Studier av erfaringer med medvirkning utgjør flertallet, mens kun et mindretall undersøker tiltak. Alle oversiktene inkluderte studier der barn eller unge var deltakere. Kunnskapsgrunnlaget om barns medvirkning i en *skolekontekst* er imidlertid noe svakt, da det kun bygger på én oversikt. Vi vurderer likevel at temaer og funn om medvirkning fra andre kontekster i hovedsak er overførbare. Overvekten av kvalitative studier innebærer at vi vet mer om barns erfaringer, relasjoner og prosesser knyttet til medvirkning enn om effekten av konkrete tiltak.

Hva sier denne forskningen om hvordan barn og unges medvirkning kan fremmes i møte med skole eller hjelpetjenester?

Gjennomgangen av de 18 oversiktene fremviste 5 overordnede temaer og 31 underliggende funn.

Grunnprinsipper for god medvirkning omfattet blant annet at medvirkning forstås som et partnerskap med gjensidig informasjonsutveksling, aktiv dialog og reell mulighet for innflytelse.

Faktorer som fremmer barn og unges medvirkning i møte med hjelpetjenester var mellom annet gode og stabile relasjoner til fagpersoner; alderstilpasset og åpen dialog; trygge møtearenaer og tilstrekkelig mange møter; bruk av talspersoner for barnet; og lekbasert kommunikasjon for yngre barn.

Barrierer mot medvirkning var for eksempel maktubalanse i hjelperelasjonen; foreldres stemme dominerer fremfor barnets; mangel på tilpasset informasjon; strenge møter, ensidig utspørring og lite barnevennlig språk; yngre barn behandles som objekter, ikke som aktive deltakere; tidspress samt manglende kontinuitet i relasjonen.

Variasjon i preferanser for medvirkning kunne f.eks. være at noen ønsker å ta aktive beslutninger, andre vil ha en mer tilbaketrukket rolle.

Og til slutt, *konsekvenser av god medvirkning* var blant annet økt tilfredshet, trygghet og følelse av kontroll samt bedre relasjonskvalitet til både fagpersoner og familie.

Styrker og svakheter ved kartleggingsoversikten

Denne kartleggingsoversikten har styrker og svakheter. Selv om vi utførte et omfattende søk i flere kilder, søkte vi ikke etter systematiske oversikter som ikke er indeksert i elektroniske databaser. Flere av de systematiske oversiktene er mer enn fem år gamle. Den eldste inkluderte systematiske oversikten er fra 2015 (Davies 2015), som bygger på et litteratursøk fra 2014.

Søket for denne kartleggingsoversikten ble utført i juni 2025, det betyr at det kan ha blitt publisert relevante systematiske oversikter i løpet av siste år.

Det er viktig å være oppmerksom på flere metodiske begrensninger ved denne kartleggingsoversikten. Prosjektet ble gjennomført innenfor begrensede tids- og ressursrammer. Dette innebar nødvendige avgrensninger både i utvalg av litteratur og dybden på dataauthenting og kan ha ført til at enkelte relevante oversikter ikke ble identifisert eller inkludert. Bruk av KI for dataauthenting, kan – selv om alt ble kontrollert av forskere – ha medført at dataenes dybde og detaljrikhet ble ufullstendig hentet ut. Særlig gjelder dette oversiktene over kvalitative studier. Samtidig er det en styrke ved prosjektet at vi gjennomførte et grundig og systematisk litteratursøk i relevante databaser, dobbeltscreenet i henhold til eksplisitte inklusjonskriterier og vurdert metodisk kvalitet på samtlige inkluderte oversikter.

Som et ledd i å effektivisere arbeidsprosessen benyttet vi kunstig intelligens (KI) som støtteverktøy for uthenting og strukturering av informasjon fra de inkluderte oversiktene. All informasjon fra KI-verktøyene ble manuelt kontrollert, men det kan likevel ikke utelukkes at enkelte aspekter er forenklet eller utelatt.

Kartleggingsoversikten gir heller ikke grunnlag for å trekke entydige konklusjoner om hvilke faktorer som fremmer elevens medvirkning i og rundt skolen, eller hvordan disse virker. Den gir likevel et verdifullt overblikk over forskningsfeltet og bidrar med innsikt i sentrale faktorer og prinsipper som fremheves på tvers av oversiktene og som trolig har gyldighet og relevans i en skolekontekst.

En ytterligere begrensning gjelder overførbarhet til en situasjon med skolefravær. Vi har ekskludert oversikter der populasjonen åpenbart ikke er relevant (for eksempel der funnene i stor grad omhandler selve sykdomsopplevelsen til barn/unge), men enkelte oversikter kan likevel bygge på studier med noe begrenset overføringsverdi. Vi tror likevel at det er mange likhetstrekk ved barns medvirkning i egen skolefraværssak og medvirkning i for eksempel en barnevernssak eller i behandling for en psykisk lidelse (blant annet sakens kompleksitet, involvering av foreldre, dialog med ansatte, barnets motivasjon for deltakelse, m.m.). Det kan samtidig være aspekter ved skolefravær og elevens medvirkning som ikke fanges opp her, og som må identifiseres i annen forskning.

Vi har også inkluderte oversikter med mange studier fra land med langt mindre tilrettelegging for barns medvirkning enn vi har i Norge og øvrige nordiske land. Mindre tilretteleggelse betyr imidlertid ikke at barn *ikke* medvirker, og erfaringer med den medvirkningen som faktisk skjer vil kunne ha overføringsverdi til en norsk kontekst. Likevel kan dette ha påvirket resultatene ved for eksempel at barn i en norsk kontekst har større forventninger om og stiller høyere krav til medvirkning. Samtidig ser det ut til å være betydelig overlapp mellom funnene i denne kartleggingsoversikten og det vi kjenner til av forskning om barns medvirkning i en norsk kontekst (f.eks. fra barnevernet (5)). Det kan videre ses som en styrke at vi har beskrevet og vurdert studienes landbakgrunn i de inkluderte oversiktene som gir en økt mulighet for å vurdere overførbarhet kontekstuellt.

Overensstemmelse med andre litteraturoversikter

Mønstrene knyttet til medvirkning som antydes på tvers av de systematiske oversiktene i denne kartleggingsoversikten stemmer godt overens med resultater fra kunnskapsoppsummeringer FHI tidligere har gjort på området barn/unge og medvirkning, disse i en barnevernkontekst (5;50).

Resultatenes betydning for praksis

Kartleggingsoversiktens resultater må leses i lys av begrensninger knyttet til at dette er en kartleggingsoversikt – ikke en systematisk oversikt som har syntese av funn og vurdering av tillit til funnene – og dermed ikke gir grunnlag for å trekke entydige konklusjoner om hvilke faktorer som fremmer elevens medvirkning i og rundt skolen, eller hvordan disse virker. Oversikten gir likevel et overblikk over forskningsfeltet, og bidrar med innsikt i sentrale faktorer som fremheves på tvers av de systematiske oversiktene.

Disse sentrale faktorene bør ses til når man planlegger for og gjennomfører elevers medvirkning i sin egen sak. Vår oversikt viser at det finnes begrenset oppsummert forskning om elevers medvirkning i egen sak i skolekontekst, både når det gjelder skolefravær og andre skolerelaterte problemstillinger

Kunnskapshull

Denne kartleggingsoversikten har identifisert lite oppsummert forskning om elevers medvirkning i sin egen sak i en skolekontekst, spesielt knyttet til skolefravær, og det er trolig også begrenset med primærstudier om denne tematikken. Det vil være nyttig med forskning som undersøker elevers medvirkning i en skolekontekst, da slik kunnskap vil kunne belyse hvordan skolene kan tilrettelegge best mulig for å påse at elevene kan gi uttrykk for egne perspektiver og behov.

Konklusjon

Målet med dette forskningsprosjektet var å undersøke hvordan skoler, skoleeiere og samarbeidende tjenester kan legge til rette for elevens medvirkning ved forebygging, tidlig innsats og oppfølging av skolefravær. Vi inkluderte 18 systematiske oversikter med primærstudier fra hovedsakelig OECD-land, men kun én av oversiktene omhandlet medvirkning i skole. Konteksten i de øvrige oversiktene vurderte vi imidlertid som relevante, med barn og unges medvirkning knyttet til barnevern, psykisk helsevern og somatisk helsehjelp. Studier av erfaringer med medvirkning utgjorde flertallet, mens kun et mindretall undersøkte tiltak.

På tvers av oversiktene ble grunnprinsipper for god medvirkning vektlagt, som at barn og unge ønsker å bli behandlet som individer, hørt og inkludert i beslutninger om eget liv, dvs. reell medvirkning. Konsekvenser av god medvirkning var blant annet økt tilfredshet, trygghet og følelse av kontroll samt bedre relasjonskvalitet til fagpersoner og familie. Videre viste oversiktene betydningen av gode og stabile relasjoner til fagpersoner, alderstilpasset informasjon, åpen dialog, trygge og fleksible møtearenaer samt bruk av talspersoner for å fremme medvirkning. Oversiktene viste variasjoner i preferanser for medvirkning: noen ønsker å ta aktive beslutninger, andre vil ha en mer tilbaketrukket rolle. På den annen side så det ut til at maktubalanse i hjelperelasjonen (ansatte/foreldre vs. barn), manglende kontinuitet i relasjonen samt syn på barn som uten kapasitet til å medvirke kunne være uheldig for medvirkning.

Denne kartleggingsoversikten gir ikke grunnlag for å trekke entydige konklusjoner om hvilke faktorer som fremmer elevens medvirkning i og rundt skolen, eller hvordan disse virker. Resultatene gir likevel et grundig overblikk over forskningen på barn og unges medvirkning i skolen og i relaterte hjelpetjenester.

Referanser

1. Lov om grunnskoleopplæringa og den vidaregåande opplæringa (opplæringslova). LOV-2023-06-09-60. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2023-06-09-60>
2. Plikt til å følge opp fravær. Tilgjengelig fra: <https://www.udir.no/regelverk-og-tilsyn/skole-og-opplaring/plikt-til-a-folge-opp-fravar/>
3. Maynard BR, McCrea, K. T., Pigott, T. D., & Kelly, M. S. . Indicated truancy interventions for chronic truant students: A Campbell systematic re-view. . Campbell Systematic Reviews 2018;14(1):1-84.
4. Havik T. Skolefravær. Å forstå og håndtere skolefravær og skolevegring. Oslo: Gyldendal Akademisk; 2018.
5. Nøkleby H, Langøien LJ, Bergsund HB, Johansen TB. utfordringer for barn og unges medvirkning i barnevernet. En studie av forskningslitteratur og sentrale aktørers erfaringer. Folkehelseinstituttet; 2024.
6. Paulsen V. Barn og unges medvirkning i barnevernet. Oslo: Gyldendal; 2022.
7. Helse- og omsorgsdepartementet. Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse (2019–2024). Stortingsproposisjon 121 S (2018-2019). Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ea3287725fa4a2395287332af50a0ab/no/pdfs/prp201820190121000dddpdfs.pdf>
8. En styrket familietjeneste. En gjennomgang av familieverntjenesten. NOU 2019:20. Oslo Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon; 2019. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2019-20/id2678371/>
9. Nøkleby H, Klippen MIF, Njå MB, Langøien LJ, Hestevik CH, Berdal G. Skole-hjem-samarbeid ved forebygging og oppfølging av skolefravær: en flermetodisk systematisk oversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2026.
10. Peters MDJ, Godfrey C, McInerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil H. Scoping reviews (ch 10). I: Aromataris E, Lockwood C, Porritt K, Pilla B, Jordan Z, red. JBI Manual for Evidence Synthesis [[lest]. Tilgjengelig fra: <https://jbi-global-wiki.refined.site/space/MANUAL>
11. Folkehelseinstituttet. Slik oppsummerer vi forskning[lest juli 2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/ku/kunnskaps-og-beslutningsstotte/metodeboka/>
12. Arksey H, & O'Malley, L. Scoping studies: towards a methodological framework. International Journal of Social Research Methodology 2005;8(1):19-32.
13. Nøkleby H, Hestevik C, Langøien LJ, Bergsund HB, Borge TC, Hval G, et al. Forebygging og oppfølging av skolefravær. Prosjektplan for fem kartleggingsoversikter. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2025. Tilgjengelig fra: <https://www.fhi.no/nva-prosjekter/aktiv/forebygging-og-oppfolging-av-skolefravar-prosjektplan-for-fem-kartleggingsoversikter/>
14. The EndNote Team. Endnote 20. Philadelphia, PA: Clarivate; 2013.
15. Thomas J, Graziosi S, Brunton J, Ghouze Z, O'Driscoll D, Bond M. EPPI-Reviewer: Advanced software for systematic reviews, maps and evidence synthe-sis. . EPPI-Centre, UCL Social Research Institute.; 2021. Tilgjengelig fra: <https://eppi.ioe.ac.uk/cms/Default.aspx?tabid=2967>

16. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey C, Holly C, Kahlil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an Umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc* 2015;13(3):132-40.
17. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Granskningsmall för kvalitativa evidenssynteser (QES). 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/#granskningsmall>
18. Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (SBU). Vägledning till granskningsmall för kvalitativa evidenssynteser (QES). 2023. Tilgjengelig fra: <https://www.sbu.se/sv/granskningsmallar/#granskningsmall>
19. Kung J. Elicit (product review). *Journal of the Canadian Health Libraries Association / Journal De l'Association Des bibliothèques De La Santé Du Canada* 2023;44(1). DOI: 10.29173/jchla29657
20. OpenAI. ChatGPT (juli 2025). [Large language model]. <https://chat.openai.com/2025>.
21. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of internal medicine* 2018;169(7):467-73.
22. FNs barnekonvensjon 12.08.2025. Tilgjengelig fra: <https://fn.no/avtaler/menneskerettigheter/barnekonvensjonen>
23. Sandhaug M, Palmu I, Jakobsen S, Strömbeck J, Nordby MJ, Friberg P, et al. Recording, Reporting, and Utilizing School Attendance Data in Sweden, Finland, Denmark, and Norway: A Nordic Comparison. *ORBIS SCHOLAE* 2022;16(2-3):173-86.
24. Keppens G, Spruyt B. Truancy in Europe: Does the type of educational system matter? *2018;53(3):414-26*.
25. OECD (Organisation for Economic Co-operation and Development)[lest 12.08.2025]. Tilgjengelig fra: <https://www.oecd.org/en.html>
26. Haddaway NR, Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis. *Campbell Systematic Reviews* 2022;18, e1230.
27. Appleton R, Gaulty J, Mughal F, Singh SP, Tuomainen H. Perspectives of young people who access support for mental health in primary care: a systematic review of their experiences and needs. *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2022;72(716):e161-e7. DOI: 10.3399/BJGP.2021.0335
28. Barnett ER, Concepcion-Zayas MT, Zisman-Ilani Y, Bellonci C. Patient-centered psychiatric care for youth in foster care: A systematic and critical review. *Journal of Public Child Welfare* 2019;13(4):462-89. DOI: 10.1080/15548732.2018.1512933
29. Barratt M, Bail K, Paterson C. Children living with long-term conditions and their experiences of partnership in nursing care: An integrative systematic review. *Journal of clinical nursing* 2022. DOI: 10.1111/jocn.16429
30. Bray L, Maden M, Bewley T, Carter B. A systematic evidence synthesis of interventions to engage children and young people in consultations about their long-term conditions. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community* 2018;22(1):1367493517746771. DOI: 10.1177/1367493517746771
31. Brummelaar MDC, Harder AT, Kalverboer ME, Post WJ, Knorth EJ. Participation of youth in decision-making procedures during residential care: A narrative review. *Child & Family Social Work* 2018;23(1):33-44. DOI: 10.1111/cfs.12381
32. Critoph DJ, Taylor RM, Spathis A, Duschinsky R, Hatcher H, Clyne E, et al. Triadic communication with teenagers and young adults with cancer: A systematic literature review-'make me feel like I'm not the third person'. *BMJ Open* 2024;14(2):e080024. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-080024

33. Davies A, Randall D. "Perceptions of children's participation in their healthcare: A critical review": Corrigendum. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 2015;38(4):302.
34. Gondek D, Edbrooke-Childs J, Velikonja T, Chapman L, Saunders F, Hayes D, et al. Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child and Young People Mental Health Services: A Systematic Review. *Clinical psychology & psychotherapy* 2017;24(4):870-86. DOI: 10.1002/cpp.2052
35. Gray A, Woods K. Person-centred practices in education: A systematic review of research. *Support for Learning* 2022;37(2):309-35. DOI: 10.1111/1467-9604.12410
36. Hughes B, O'Brien MR, Flynn A, Knighting K. The engagement of young people in their own advance care planning process: A systematic narrative synthesis. *Palliative medicine* 2018;32(7):1147-66. DOI: 10.1177/0269216318772749
37. Jorgensen T, Seim S, Njos BM. How children and young people understand and experience individual participation in social services for children and young people: a synthesis of qualitative studies. *EUROPEAN JOURNAL OF SOCIAL WORK* 2024;27(3):546-59. DOI: 10.1080/13691457.2023.2256490
38. Juul R, Husby ISD, Kaalvik H, Salkauskiene I. Characteristics of the qualitative research on inclusion of the youngest children in child welfare and protection work processes: A qualitative systematic review. *Child & Family Social Work* 2025;No-Specified. DOI: 10.1111/cfs.13299
39. Kennan D, Brady B, Forkan C. Supporting Children's Participation in Decision Making: A Systematic Literature Review Exploring the Effectiveness of Participatory Processes. *British Journal of Social Work* 2018;48(7):1985-2002. DOI: 10.1093/bjsw/bcx142
40. Kim B, White K. How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes?: Systematic literature review. *International Journal of Adolescence and Youth* 2018;23(2):198-218. DOI: 10.1080/02673843.2017.1330696
41. Malone H, Biggar S, Javadpour S, Edworthy Z, Sheaf G, Coyne I. Interventions for promoting participation in shared decision-making for children and adolescents with cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019;(5). DOI: 10.1002/14651858.CD012578.pub2
42. McTavish JR, McKee C, MacMillan HL. Foster children's perspectives on participation in child welfare processes: A meta-synthesis of qualitative studies. *PloS one* 2022;17(10):e0275784. DOI: 10.1371/journal.pone.0275784
43. Pyke-Grimm KA, Franck LS, Patterson Kelly K, Halpern-Felsher B, Goldsby RE, Kleiman A, et al. Treatment Decision-Making Involvement in Adolescents and Young Adults With Cancer. *Oncology Nursing Forum* 2019;46(1):22-37. DOI: 10.1188/19.ONF.E22-E37
44. Toros K, Falch-Eriksen A. "I got to say two or three lines"—A systematic review of children's participation in child protective services. *Child abuse & neglect* 2024;162:106934. DOI: 10.1016/j.chiabu.2024.106934
45. Viksveen P, Cardenas NE, Berg SH, Salamonsen A, Game JR, Bjønness S. Adolescents' involvement in mental health treatment and service design: a systematic review. *BMC health services research* 2024;24(1):1502. DOI: 10.1186/s12913-024-11892-2
46. Lewin S. Criteria for assessing how well a qualitative evidence syntheses (systematic reviews of qualitative studies) was conducted; EPOC resources for review authors. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2018.
47. Booth A, et al. Prototype - Measurement Appraisal Checklist to Assess Qualitative Evidence Syntheses (QES) (MACAQuES). Sheffield: University of Sheffield; 2019.
48. Guyatt G, Oxman AD, Akl EA, Kunz R, Vist G, Brozek J, et al. GRADE guidelines: 1. Introduction—GRADE evidence profiles and summary of findings tables. *Journal of Clinical Epidemiology* 2011;64(4):383-94. DOI: 10.1016/j.jclinepi.2010.04.026

49. Lewin S, Booth A, Glenton C, Munthe-Kaas H, Rashidian A, Wainwright M, et al. Applying GRADE-CERQual to qualitative evidence synthesis findings: introduction to the series. IMPLEMENTATION SCIENCE 2018;13(S1). DOI: 10.1186/s13012-017-0688-3
50. Ormstad SS, Hestevik CH, Munthe-Kaas HM, Blaasvær N, Muller AE, Berg RC. Barn og unges medvirkning i barnevernet: en systematisk kartleggingsoversikt. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2022.
51. Hovde KO, Grønmo S. Algoritme. Store norske leksikon. <https://snl.no/algoritme2025>.
52. Tidemann A, Elster AC. Maskinlæring. Store norske leksikon. [https://snl.no/maskinl ring2025](https://snl.no/maskinl%C3%A6ring2025).

Vedlegg 1: Søkestrategi

Søkedato: 06.06.2025

Søkeansvarlig: Lien Nguyen

Fagfelle vurdering: Gyri Hval

Database	Antall treff
Ovid MEDLINE(R) ALL <1946 to June 06, 2025>	5006
[Ovid] Embase <1974 to 2025 June 06>	3348
[Ovid] APA PsycInfo <1806 to May 2025 Week 4>	2809
Cochrane Library publication date Between Jan 2015 and Jun 2025	6
[Clarivate] Web of Science	6783
[Proquest] Sociological Abstracts	362
Epistemonikos	1155
Totalt til importert til EndNote	19469
Totalt etter dublettkontroll i EndNote	10953

Database: OVID MEDLINE ALL

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: -

- 1 child/ 2025560
- 2 Adolescent/ 2333308
- 3 Minors/ 2916
- 4 Juveniles/ 478
- 5 Young Adult/ 1139618
- 6 Students/ 91486
- 7 or/1-6 3873850
- 8 Decision Making, Shared/ 2832
- 9 Decision Making/ 110135
- 10 Patient Participation/ 31153
- 11 Patient-Centered Care/ 24878
- 12 therapeutic alliance/ 648
- 13 empowerment/ 1414
- 14 or/8-13 160047
- 15 7 and 14 27590
- 16 (kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young adj (adult* or people* or person?)) or early adulthood).ti,ab,kf,bt. 2881230
- 17 minor?.ti. 23070

- 18 16 or 17 2901465
- 19 (((user or client? or consumer* or patient* or person? or user*) adj (centered* or centred*)) or (shared adj3 decision?) or "right to be heard").ti,ab,kf,bt. 79114
- 20 18 and 19 11260
- 21 ((kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young adj (adult* or people* or person?)) or early adulthood) adj2 (Stakeholder* or co-creat* or cocreat* or co-design* or codesign* or collabor* or contribution* or empower* or engag* or input or involv* or participat* or perspective* or voice* or agency)).ti,ab,kf,bt. 88755
- 22 20 or 21 98743
- 23 15 or 22 123601
- 24 Meta-Analysis/ 217684
- 25 Meta-Analysis as Topic/ 26362
- 26 Systematic Reviews as Topic/ 15416
- 27 Systematic Review.pt. 295477
- 28 (((systematic* or literature or comprehensiv*) adj2 (overview or review* or search*)) or meta-analys* or metaanalys* or meta-regression* or meta-review* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or "narrative review" or "narrative synthesis" or "qualitative review" or "qualitative review" or (evidence* adj2 synth*) or (review and (synthesis or synthesized or synthesizing or synthesised or synthesising)) or "meta synthesis" or "meta ethnography").ti,ab,kf,bt. 994444
- 29 review.pt. and (pubmed or medline).ab. 220243
- 30 or/24-29 1063184
- 31 23 and 30 6417
- 32 limit 31 to yr="2015 -Current" 5058
- 33 remove duplicates from 32 5006

Database: Embase

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: -

- 1 child/ 2364483
- 2 adolescent/ 1966163
- 3 "minor (person)"/ 1093
- 4 juvenile/ 60648
- 5 young adult/ 628732
- 6 student/ 133940
- 7 or/1-6 3903700
- 8 patient participation/ 40679
- 9 patient decision making/ 12833
- 10 shared decision making/ 21441
- 11 *decision making/77227
- 12 therapeutic alliance/ 2109
- 13 therapeutic alliance/ 2109
- 14 empowerment/ 16910
- 15 or/8-14 164794
- 16 7 and 15 24179
- 17 (kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage*

- or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young adj (adult* or people* or person?)) or early adulthood).ti,ab,kf,bt. or minor?.ti. 3737563
- 18 (((user or client? or consumer* or patient* or person? or user*) adj (centered* or centred*)) or (shared adj3 decision?) or "right to be heard").ti,ab,kf,bt. 107013
- 19 17 and 18 15258
- 20 ((kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young adj (adult* or people* or person?)) or early adulthood) adj2 (Stakeholder* or co-creat* or cocreat* or co-design* or codesign* or collabor* or contribution* or empower* or engag* or input or involv* or participat* or perspective* or voice* or agency)).ti,ab,kf,bt. 111955
- 21 16 or 19 or 20 145867
- 22 Meta Analysis/ 360839
- 23 "meta analysis (topic)"/ 58643
- 24 Systematic Review/ 530676
- 25 "systematic review (topic)"/ 37468
- 26 umbrella review/ 647
- 27 (((systematic* or literature or comprehensiv*) adj2 (overview or review* or search*)) or meta-analys* or metaanalys* or meta-regression* or meta-review* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or "narrative review" or "narrative synthesis" or "qualitative review" or "qualitative review" or (evidence* adj2 synth*) or (review and (synthesis or synthesized or synthesizing or synthesised or synthesising)) or "meta synthesis" or "meta ethnography").ti,ab,kf,bt. 1194384
- 28 Review.pt. and (pubmed or medline).ab. 241205
- 29 or/22-28 1381842
- 30 21 and 29 8067
- 31 limit 30 to embase 4161
- 32 remove duplicates from 31 4141
- 33 limit 32 to yr="2015 -Current" 3348

Database: APA PsycInfo

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: -

- 1 ("100" or "180" or "200" or "320").ag. [note: Childhood, School Age, Adolescence, Young Adulthood] 1471010
- 2 Students/ 33553
- 3 1 or 2 1492049
- 4 client participation/ 3675
- 5 patient centered care/ 1146
- 6 decision making/ 95252
- 7 shared decision making/ 1213
- 8 Group Decision Making/ 3853
- 9 cooperation/ 17290
- 10 Collaboration/ 18120
- 11 involvement/ 7262
- 12 participation/ 9237
- 13 empowerment/ 11115
- 14 therapeutic alliance/ 7250
- 15 or/4-14 167569

- 16 3 and 15 37399
- 17 (kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young adj (adult* or people* or person?)) or early adulthood).ti,ab,id,bt. or minor?.ti. 1740441
- 18 (((user or client? or consumer* or patient* or person? or user*) adj (centered* or centred*)) or (shared adj3 decision?) or "right to be heard").ti,ab,id,bt. 29666
- 19 17 and 18 6721
- 20 ((kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young adj (adult* or people* or person?)) or early adulthood) adj2 (Stakeholder* or co-creat* or cocreat* or co-design* or codesign* or collabor* or contribution* or empower* or engage* or input or involv* or participat* or perspective* or voice* or agency)).ti,ab,id,bt. 110973
- 21 19 or 20 116876
- 22 16 or 21 149238
- 23 ("0830" or "1200").md. [note: Systematic Review; Meta Analysis] 83581
- 24 "Systematic Review"/ 920
- 25 Meta Analysis/ 5565
- 26 (((systematic* or literature or comprehensiv*) adj2 (overview or review* or search*) or meta-analys* or metaanalys* or meta-regression* or meta-review* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or "narrative review" or "narrative synthesis" or "qualitative review" or "qualitative review" or (evidence* adj2 synth*) or (review and (synthesis or synthesized or synthesizing or synthesised or synthesising)) or "meta synthesis" or "meta ethnography").ti,ab,id,bt. 200139
- 27 "literature review"/ 23079
- 28 or/23-27 208430
- 29 22 and 28 4229
- 30 limit 29 to yr="2015 -Current" 2814
- 31 remove duplicates from 30 2809

Database: Cochrane Library

Søkegrensesnitt: Search Manager

Avgrensinger: Cochrane Reviews

- #1 [mh ^"Child"] 72614
- #2 [mh ^"adolescent"] 137104
- #3 [mh ^"minor"] 13
- #4 [mh ^"young adult"] 99733
- #5 [mh ^"students"] 5344
- #6 or #1-#5 223877
- #7 [mh ^"Decision Making, Shared"] 228
- #8 [mh ^"decision making"] 3481
- #9 [mh ^"patient participation"] 2202
- #10 [mh ^"patient-centered care"] 1028
- #11 [mh ^"therapeutic alliance"] 120
- #12 [mh ^"empowerment"] 152
- #13 (30-#12) 6486
- #14 #6 and #13 1584

Database: Web of Science

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Science Citation Index Expanded; Social Sciences Citation Index

1: TS=(kids\$ or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile\$ or pupil\$ or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen\$ or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young NEAR/0 (adult* or people* or person\$)) or early-adulthood) 4257102

2: TI=(minor\$) 35343

3: #2 OR #1 4288921

4: TS((((user or client\$ or consumer* or patient* or person\$ or user*) NEAR/0 (centered* or centred*)) or (shared NEAR/2 decision\$) or "right to be heard") 95307

5: #3 AND #4 15927

6: TS=((kids\$ or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile\$ or pupil\$ or school-age* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen\$ or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young NEAR/0 (adult* or people* or person\$)) or early-adulthood) NEAR/1 (Stakeholder* or co-creat* or cocreat* or co-design* or codesign* or collabor* or contribution* or empower* or engag* or input or involv* or participat* or perspective* or voice* or agency)) 178987

7: #6 OR #5 193074

8: TS((((systematic* or literature or comprehensiv*) NEAR/1 (overview or review* or search*)) or meta-analys* or metaanalys* or meta-regression* or meta-review* or umbrella-review* or "overview of reviews" or "review of reviews" or "narrative review" or "narrative synthesis" or "qualitative review" or "qualitative review" or (evidence* NEAR/1 synth*) or (review and (synthesis or synthesized or synthesizing or synthesised or synthesis-ing)) or "meta synthesis" or "meta ethnography") 1510105

9: #8 AND #7 and Science Citation Index Expanded (SCI-EXPANDED) or Social Sciences Citation Index (SSCI) (Web of Science Index) [Timespan: 2015-01-01 to 2025-06-08 (Index Date) | Exact search] 6783

Database: Sociological Abstracts

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: -

S1 MAINSUBJECT.EXACT("Children") OR MAINSUBJECT.EXACT("Adolescents") OR MAINSUBJECT.EXACT("Youth") 172052

- S2 MAINSUBJECT.EXACT("Group decision making") OR MAINSUBJECT.EXACT("Participative decision making") OR MAINSUBJECT.EXACT("Decision making") 34417
- S3 [S1] AND [S2] 3391
- S4 ti,ab,su(kids? or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile? or pupil? or schoolage* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen? or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young NEAR/0 (adult* or people* or person?)) or early-adulthood) 546023
- S5 ti(minor?) 1319
- S6 [S4] OR [S5] 545122
- S7 ti,ab,su(((user or client? or consumer* or patient* or person? or user*) pre/0 (centered* or centred*)) or (shared NEAR/2 decision?) or "right to be heard") 5425
- S8 [S6] AND [S7] 1365
- S9 ti,ab,su((kids\$ or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile\$ or pupil\$ or schoolage* or school-age* or schoolchild* or schooler* or student* or teen\$ or teenage* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or (young NEAR/0 (adult* or people* or person\$)) or early-adulthood) NEAR/1 (Stakeholder* or cocreat* or cocreat* or co-design* or codesign* or collabor* or contribution* or empower* or engag* or input or involv* or participat* or perspective* or voice* or agency)) 35135
- S10 [S3] OR [S8] OR [S9] 39986
- S11 MAINSUBJECT.EXACT("Literature reviews") OR MAINSUBJECT.EXACT("Systematic review") 19053
- S12 ti,ab,su(((systematic* OR literature OR comprehensiv*) NEAR/1 (overview OR review* OR search*)) OR meta-analys* OR metaanalys* OR meta-regression* OR meta-review* OR umbrella-review* OR "overview of reviews" OR "review of reviews" OR "narrative review" OR "narrative synthesis" OR "qualitative review" OR "qualitative review" OR (evidence* NEAR/1 synth*) OR (review AND (synthesis OR synthesized OR synthesizing OR synthesised OR synthesising)) OR "meta synthesis" OR "meta ethnography") 43589
- S13 [S11 OR [S12] 43324
- S14 [S10] AND [S13] 591
- S15 ([S10] AND [S13]) AND pd(20150101-20250608) 362

Database: Epistemonikos

Søkegrensesnitt: Advanced Search

Avgrensinger: Systematic Review, Structured Summary og Broad Synthesis. Publikasjonsår 2015-2025.

Søk 1 (Fremgangsmåte)

- #1 Title/Abstract: kids or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile or juveniles or school* or teen or teens or teenage* or teen-age* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or juvenile* or student* or "young people" or "young peoples" or "young person" or "young persons" or "young adult" or "young adults" or "young adulthood" or "early adulthood" OR title: minor or minors
- #2 Title/Abstract: ((user or client or consumer or patient or person) AND (centered or centred)) or (shared AND decision*) or "right to be heard"
- #3 #1 AND #2
- Pub type: 235 SR, 61 BS

(title:(((user OR client OR consumer OR patient OR person) AND (centered OR centred)) OR (shared AND decision*) OR "right to be heard") OR abstract:(((user OR client OR consumer OR patient OR person) AND (centered OR centred)) OR (shared AND decision*) OR "right to be heard"))) AND (title:(title:(kids OR pediat* OR paediat* OR child* OR adolescen* OR juvenile OR juveniles OR school* OR teen OR teens OR teenage* OR teen-age* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR juvenile* OR student* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "early adulthood")) OR abstract:(kids OR pediat* OR paediat* OR child* OR adolescen* OR juvenile OR juveniles OR school* OR teen OR teens OR teenage* OR teen-age* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR juvenile* OR student* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "early adulthood")) OR title:(minor OR minors)) OR abstract:(title:(kids OR pediat* OR paediat* OR child* OR adolescen* OR juvenile OR juveniles OR school* OR teen OR teens OR teenage* OR teen-age* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR juvenile* OR student* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "early adulthood")) OR abstract:(kids OR pediat* OR paediat* OR child* OR adolescen* OR juvenile OR juveniles OR school* OR teen OR teens OR teenage* OR teen-age* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR juvenile* OR student* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "early adulthood")) OR title:(minor OR minors)))

Søk 2 (fremgangsmåte)

- #1 Title: Stakeholder* or co-creat* or cocreat* or co-design* or codesign* or collabor* or contribution* or empower* or engag* or input or involv* or participat* or voice*
- #2 Title: kid or kids or pediat* or paediat* or child* or adolescen* or juvenile or juveniles or school* or teen or teens or teenage* or teen-age* or underage* or under-age* or youngster* or youth* or juvenile* or student* or "young people" or "young peoples" or "young person" or "young persons" or "young adult" or "young adults" or "young adulthood" or "early adulthood" OR title: minor or minors
- #3 #1 AND #2
- Publication Type: 714 SR, 142 BS, 3 SS

(title:(title:(Stakeholder* OR co-creat* OR cocreat* OR co-design* OR codesign* OR collabor* OR contribution* OR empower* OR engag* OR input OR involv* OR participat* OR voice*) AND title:(kid OR kids OR pediat* OR paediat* OR child* OR adolescen* OR juvenile OR juveniles OR school* OR teen OR teens OR teenage* OR teen-age* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR juvenile* OR student* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "early adulthood" OR title: minor OR minors)) OR abstract:(title:(Stakeholder* OR co-creat* OR cocreat* OR co-design* OR codesign* OR collabor* OR contribution* OR empower* OR engag* OR input OR involv* OR participat* OR voice*) AND title:(kid OR kids OR pediat* OR paediat* OR child* OR adolescen* OR juvenile OR juveniles OR school* OR teen OR teens OR teenage* OR teen-age* OR underage* OR under-age* OR youngster* OR youth* OR juvenile* OR student* OR "young people" OR "young peoples" OR "young person" OR "young persons" OR "young adult" OR "young adults" OR "young adulthood" OR "early adulthood" OR title: minor OR minors)))

Vedlegg 2: Bruk av maskinlæring og kunstig intelligens

Vi brukte kunstig intelligens (KI) for å hjelpe oss med å utføre flere av trinnene i denne kartleggingsoversikten mer effektivt. Dette vedlegget beskriver *hvordan* og i hvilke deler av arbeidet vi brukte KI. I beskrivelsen benytter vi enkelte engelske begreper grunnet mangel på norske begrepsoversettelser innenfor KI-feltet. I slutten av vedlegget er det en forklaring av begrepene vi har brukt for de ulike KI-funksjonene som vi brukte i denne rapporten.

Vurdering av referanser for inklusjon

Beskrivelse av maskinlæringsprosedyre i screeningprosessen

Beskrivelse av fremgangsmåte	
Steg 1	Etter at forskerne var samstemte om inklusjonskriteriene og for raskere å identifisere referanser som oppfylte inklusjonskriteriene, benyttet vi « <i>priority screening</i> » i arbeidet med å vurdere titler og sammendrag.
Steg 2	To forskere vurderte 1371 referanser uavhengig av hverandre manuelt.
Steg 3	Etter at inklusjonskurven tydelig flatet ut, antok vi at vi hadde identifisert majoriteten av relevante studier, og vi ekskluderte derfor de resterende studiene (n=9567)

Vi benyttet Elicit (19) til dataekstrahering fra de systematiske oversiktene. Følgende data ble hentet ut: Tittel, forfattere, publikasjonsår, mål med studien, definisjon av medvirkning, populasjon, kontekst/tematikk, antall deltakere, antall studier, studiedesign og land, resultater om medvirkning og hovedresultater. Bruken av Elicit fant sted i ukene 29-32, 2025.

De norske sammendragene ble satt sammen med utgangspunkt i data uthentet av Elicit og sjekket av oss.

Videre benyttet vi OpenAIs ChatGPT versjon GPT-4.0 modellen (20) til å lage et sammendrag (oppsummerte hovedpunkter) av datauttrekk fra oversiktene, med følgende prompt: *Kan du lage et sammendrag basert på denne teksten: [her la vi inn den engelske teksten fra variabelen Funn om barn og medvirkning, se vedlegg 6].*

I vår bruk av KI-verktøy forsøkte vi å kvalitetssikre informasjonen som ble generert ved å sammenlikne den med innholdet i sammendragene og ved å ta stikkprøver i fulltekstene. Dette ble gjort for å sikre at informasjonen som ble brukt i denne kartleggingsoversikten var pålitelig og i tråd med det opprinnelige kildematerialet. På grunn av prosjektets tidsramme var det imidlertid ikke mulig å kontrollere alle data i detalj, og det kan derfor ikke utelukkes at enkelte unøyaktigheter forekommer.

Ordforklaringer

Algoritme kan forklares som en fullstendig, nøyaktig og trinnvis beskrivelse av en prosedyre for fremgangsmåten for å løse et problem (51).

Maskinlæring er en undergrein av kunstig intelligens hvor man bruker statistiske metoder for å la datamaskiner finne mønstre i store datamengder og gjøre prediksjoner for nye data den ikke har sett før (52). Enkelt sagt betyr maskinlæring at vi tar i bruk algoritmer som gjør at datamaskinen er i stand å lære fra og utvikle sin beslutningsstøtte basert på dataene vi gir den.

Priority screening er en rangeringsalgoritme i programvaren EPPI-Reviewer (15) som læres opp av forskernes avgjørelser om inklusjon og eksklusjon av referanser på tittel- og sammendragsnivå. Rangeringsalgoritmer er algoritmer som er trent til å gjenkjenne relevante data og til å presentere dataene etter relevans. Referanser som algoritmen anser som mer relevante basert på forskernes avgjørelser om inklusjon blir skjøvet frem i «køen». På denne måten får vi raskere overblikk over hvor mange referanser som muligens treffer inklusjonskriteriene enn om vi skulle lest referansene i tilfeldig rekkefølge.

Vedlegg 3: Ekskluderte publikasjoner

Listet nedenfor er tabeller med oversikter eller studier vi har lest i fulltekst og deretter ekskludert, totalt 51 publikasjoner. De ekskluderte publikasjonene er kategorisert etter eksklusjonsgrunn.

Ikke systematisk oversikt (n = 18)

Bartelink C, van Yperen TA, Ten B, I J. Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child abuse & neglect* 2015;49:142-53. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.07.002

Baweja R, Soutullo Cesar A, Waxmonsky James G. Review of barriers and interventions to promote treatment engagement for pediatric attention deficit hyperactivity disorder care. *World journal of psychiatry* 2021;11(12):1206-27. DOI: 10.5498/wjp.v11.i12.1206

Carlisle EM, Shinkunas LA, Kaldjian LC. Do surgeons and patients/parents value shared decision-making in pediatric surgery? A systematic review. *The Journal of surgical research* 2018;231:49-53. DOI: 10.1016/j.jss.2018.04.042

Falch-Eriksen A, Toros K, Sindi I, Lehtme R. Children expressing their views in child protection casework: Current research and their rights going forward. *Child & Family Social Work* 2021;26(3):485-97. DOI: 10.1111/cfs.12831

Kulkarni A, Schreckengost B, Marinari C, Kamal KM. PATIENT REPORTED OUTCOMES TOOLS AND SHARED DECISION-MAKING IN PEDIATRIC EPILEPSY POPULATION AND THEIR CAREGIVERS: A SYSTEMATIC REVIEW. *VALUE IN HEALTH* 2019;22:S284-S5. DOI: 10.1016/j.jval.2019.04.1351

Lin B, Gutman T, Hanson Camilla S, Ju A, Manera K, Butow P, et al. Communication during childhood cancer: Systematic review of patient perspectives. *Cancer* 2020;126(4):701-16. DOI: 10.1002/cncr.32637

Lundahl B, McDonald C, Vanderloo M. Service users' perspectives of child welfare services: A systematic review using the practice model as a guide. *Journal of Public Child Welfare* 2020;14(2):174-91. DOI: 10.1080/15548732.2018.1548406

McCafferty P, Mercado G, Esther. Children's participation in child welfare: A systematic review of systematic reviews. *British Journal of Social Work* 2024;54(3):1092-108. DOI: 10.1093/bjsw/bcad167

Metselaar J, van Yperen Tom A, van den Bergh Peter M, Knorth Erik J. Needs-led child and youth care: Main characteristics and evidence on outcomes. *Children and Youth Services Review* 2015;58:60-70. DOI: 10.1016/j.childyouth.2015.09.005

Pyke-Grimm, Kelly K, K, Schulz G. USING QUALITATIVE SYSTEMATIC REVIEW TO DEVELOP PRACTICE RECOMMENDATIONS FOR ENGAGING CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH CANCER LESS THAN 18 YEARS IN THEIR TREATMENT DECISION MAKING. *PEDIATRIC BLOOD & CANCER* 2022;69.

Rahman M, Jeffreys J, Massie J. A narrative review of the experience and decision-making for children on home mechanical ventilation. *Journal of Paediatrics and Child Health* 2021;57(6):791 EP-6. DOI: 10.1111/jpc.15506

Smith LAM, Critoph DJ, Hatcher HM. How Can Health Care Professionals Communicate Effectively with Adolescent and Young Adults Who Have Completed Cancer Treatment? A Systematic Review. *Journal of Adolescent and Young Adult Oncology* 2020;9(3):328 EP-40. DOI: 10.1089/jayao.2019.0133

Stabler L, O'Donnell C, Forrester D, Diaz C, Willis S, Brand S. How might shared decision-making meetings reduce the need for children to be in care? A rapid realist review. *JOURNAL OF SOCIAL WORK* 2025;25(1):102-24. DOI: 10.1177/14680173241258891

Toros K. A systematic review of children's participation in child protection decision-making: Tokenistic presence or not? *CHILDREN & SOCIETY* 2021;35(3):395-411. DOI: 10.1111/chso.12418

Toros K. Children's participation in decision making from child welfare workers' perspectives: A systematic review. *Research on Social Work Practice* 2021;31(4):367-74. DOI: 10.1177/1049731520984844

-
- van Bijleveld Ganna G, Dedding Christine WM, Bunders-Aelen Joske FG. Children's and young people's participation within child welfare and child protection services: A state-of-the-art review. *Child & Family Social Work* 2015;20(2):129-38. DOI: 10.1111/cfs.12082
-
- Warton C, McDougall RJ. Fertility preservation for transgender children and young people in paediatric healthcare: a systematic review of ethical considerations. *Journal of medical ethics* 2022. DOI: 10.1136/medethics-2021-107702
-
- Weaver MS, Heinze KE, Kelly KP, Wiener L, Casey RL, Bell CJ, et al. Palliative Care as a Standard of Care in Pediatric Oncology. *Pediatric blood & cancer* 2015;62 Suppl 5(Suppl 5):S829-33. DOI: 10.1002/pbc.25695
-
- Ikke medvirkning (n = 16)**
-
- Alsaeed A, Mansouri MC, Shogren KA, Raley SK, Kurth JA, Leatherman EM, et al. A Systematic Review of Interventions to Promote Self-Determination for Students With Extensive Support Needs. *RESEARCH AND PRACTICE FOR PERSONS WITH SEVERE DISABILITIES* 2023;48(1):3-24. DOI: 10.1177/15407969231153397
-
- Babalola T, Sanguedolce G, Dipper L, Botting N. Barriers and Facilitators of Healthcare Access for Autistic Children in the UK: a Systematic Review. *REVIEW JOURNAL OF AUTISM AND DEVELOPMENTAL DISORDERS* 2024. DOI: 10.1007/s40489-023-00420-3
-
- Barratt M, Bail K, Lewis P, Paterson C. Nurse experiences of partnership nursing when caring for children with long-term conditions and their families: A qualitative systematic review. *Journal of Clinical Nursing* 2023. DOI: 10.1111/jocn.16924
-
- Carroll C, Booth A, Cuevas DC. What matters to adolescents with obesity, and their caregivers, when considering bariatric surgery or weight loss devices? A qualitative evidence synthesis. *Obesity Reviews* 2024;25(2):e13654. DOI: 10.1111/obr.13654
-
- Coyne I, O'Mathúna DP, Gibson F, Shields L, Leclercq E, Sheaf G. Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016;(11). DOI: 10.1002/14651858.CD008970.pub3
-
- Fitzpatrick D, Parker R. What Approaches Described in Research Literature Enhance the Engagement of children and young People With Severe or Profound and Multiple Learning Disabilities? A systematic Literature review. *British Journal of Learning Disabilities* 2024; 53(1): 61-73. DOI: 10.1111/bld.12619
-
- Hayes D, Edbrooke-Childs J, Town R, Wolpert M, Midgley N. A systematic review of shared decision making interventions in child and youth mental health: synthesising the use of theory, intervention functions, and behaviour change techniques. *European child & adolescent psychiatry* 2021. DOI: 10.1007/s00787-021-01782-x
-
- Klassman K, Malvaso C, Delfabbro P, Moulds L, Young J. A rapid evidence assessment of barriers and strategies in service engagement when working with young people with complex needs. *Children and Youth Services Review* 2024;156:1-14. DOI: 10.1016/j.childyouth.2023.107292
-
- Lawrence Stephanie M, Saab Mohamad M, Savage E, Hegarty J, FitzGerald S. Adolescents' perspectives and experiences of accessing general practitioner services: A systematic review. *Journal of child health care : for professionals working with children in the hospital and community* 2024;13674935241239837. DOI: 10.1177/13674935241239837
-
- Lewis-Dagnell S, Parsons S, Kovshoff H. Creative methods developed to facilitate the voices of children and young people with complex needs about their education: A systematic review and conceptual analysis of voice. *EDUCATIONAL RESEARCH REVIEW* 2023;39. DOI: 10.1016/j.edurev.2023.100529
-
- Peat G, Delaney SA, Gibson F, Fraser LK, Brierley J. Shared decision-making experiences in child long-term ventilation: a systematic review. *European respiratory review : an official journal of the European Respiratory Society* 2023;32(169). DOI: 10.1183/16000617.0098-2023
-
- Sanderson Kelli A, Goldman Samantha E. A systematic review and meta-analysis of interventions used to increase adolescent IEP meeting participation. *Career Development and Transition for Exceptional Individuals* 2020;43(3):157-68. DOI: 10.1177/2165143420922552
-
- Shin S, Ahn S. Experience of adolescents in mental health inpatient units: A metasynthesis of qualitative evidence. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 2023;30(1):8-20. DOI: 10.1111/jpm.12836
-
- van Teunenbroek KC, Mulder RL, van Heel DAM, Fahner JC, de Vos-Broerse MA, Verheijden JMA, et al. A Dutch paediatric palliative care guideline: a systematic review and recommendations on advance care planning and shared decision-making. *BMC palliative care* 2024;23(1):270. DOI: 10.1186/s12904-024-01568-3
-
- Wyatt KD, List B, Brinkman WB, Prutsky L, Asi N, Erwin P, et al. Shared Decision Making in Pediatrics: A Systematic Review and Meta-analysis. *Academic pediatrics* 2015;15(6):573-83. DOI: 10.1016/j.acap.2015.03.011
-

Zenlea IS, Sebastianski M, Kucera M, Mushquash AR, Boles K, Brogry J, et al. Incorporation of patient and family values and preferences for health-related outcomes in paediatric obesity management: A systematic review. *PEDIATRIC OBESITY* 2023;18(5). DOI: 10.1111/ijpo.13006

Ikke barn og unge 0-24 år (n = 5)

Ke Y, Zhou HZ, Chan RJ, Chan A. Decision aids for cancer survivors' engagement with survivorship care services after primary treatment: a systematic review. *JOURNAL OF CANCER SURVIVORSHIP* 2024;18(2):288-317. DOI: 10.1007/s11764-022-01230-y

Menear M, Girard A, Dugas M, Gervais M, Gilbert M, Gagnon MP. Personalized care planning and shared decision making in collaborative care programs for depression and anxiety disorders: A systematic review. *PLoS ONE* 2022;17(6):e0268649. DOI: 10.1371/journal.pone.0268649

Ratti V, Hassiotis A, Crabtree J, Deb S, Gallagher P, Unwin G. The effectiveness of person-centred planning for people with intellectual disabilities: A systematic review. *Res Dev Disabil*. 2016 Oct;57:63-84. doi: 10.1016/j.ridd.2016.06.015. Epub 2016 Jul 6. PMID: 27394053.

Samalin L, Genty JB, Boyer L, Lopez-Castroman J, Abbar M, Llorca PM. Shared Decision-Making: a Systematic Review Focusing on Mood Disorders. *CURRENT PSYCHIATRY REPORTS* 2018;20(4). DOI: 10.1007/s11920-018-0892-0

Thomas EC, Ben-David S, Treichler E, Roth S, Dixon LB, Salzer M, et al. A systematic review of shared decision-making interventions for service users with serious mental illnesses: State of the science and future directions. *Psychiatric services (Washington, DC)* 2021;72(11):appips202000429. DOI: 10.1176/appi.ps.202000429

Feil språk (n = 1)

Rubiales J, Urquijo S, Said A, Macbeth G. Process of decision making in children and adolescents with ADHD: A systematic review. *Proceso de toma de decisiones en niños y adolescentes con TDAH: Revisión sistemática* 2017;22(2):139-55. DOI: 10.5944/rppc.vol.22.num.2.2017.17688

Eldre versjon (n = 1)

Viksveen P, Bønness SE, Cardenas NE, Game JR, Berg SH, Salamonsen A, Storm M, Aase K. User involvement in adolescents' mental healthcare: a systematic review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2022 Nov;31(11):1765-1788. doi: 10.1007/s00787-021-01818-2. Epub 2021 Jun 5. PMID: 34089383; PMCID: PMC9666298.

Duplikat (n = 1)

Malone H, Biggar S, Javadpour S, Edworthy Z, Sheaf G, Coyne I. Interventions for promoting participation in shared decision-making for children and adolescents with cystic fibrosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2019, Issue 5. Art. No.: CD012578. DOI: 10.1002/14651858.CD012578.pub2.

Formålet med studien var for tett knyttet til opplevelse av sykdommen (n = 9)

Boland L, Graham ID, Légaré F, Lewis K, Jull J, Shephard A, et al. Barriers and facilitators of pediatric shared decision-making: a systematic review. *Implementation science* : IS 2019;14(1):7. DOI: 10.1186/s13012-018-0851-5

Day E, Jones L, Langner R, Bluebond-Langner M. Current understanding of decision-making in adolescents with cancer: A narrative systematic review. *Palliative medicine* 2016;30(10):920-34. DOI: 10.1177/0269216316648072

Fairweather N, Jones FW. Facilitators and barriers to empowerment in children and young people with cystic fibrosis: a meta-synthesis of the qualitative literature. *Disability and rehabilitation* 2021;1-14. DOI: 10.1080/09638288.2021.2003876

Gessler D, Juraskova I, Sansom-Daly UM, Shepherd HL, Patterson P, Muscat DM. Clinician-patient-family decision-making and health literacy in adolescents and young adults with cancer and their families: A systematic review of qualitative studies. *Psycho-oncology* 2019;28(7):1408-19. DOI: 10.1002/pon.5110

Jordan A, Wood F, Edwards A, Shepherd V, Joseph-Williams N. What adolescents living with long-term conditions say about being involved in decision-making about their healthcare: A systematic review and narrative synthesis of preferences and experiences. *Patient Education and Counseling* 2018;101(10):1725-35. DOI: 10.1016/j.pec.2018.06.006

Mutambo C, Shumba K, Hlongwana Khumbulani W. Child-Centred Care in HIV Service Provision for Children in Resource Constrained Settings: A Narrative Review of Literature. *AIDS research and treatment* 2019;2019:5139486. DOI: 10.1155/2019/5139486

Ofori-Ansah S, Evans M, Jones J, Thomas N. Decision-making experiences of young adults with long-term conditions. *Journal of renal care* 2021. DOI: 10.1111/jorc.12367

Paterson C, Kavanagh PS, Bacon R, Turner M, Moore M, Barratt M, et al. To understand the experiences, needs, and preferences for supportive care, among children and adolescents (0–19 years) diagnosed with cancer: a systematic review of qualitative studies. *Journal of cancer survivorship : research and practice* 2023;19(3):846-70. DOI: 10.1007/s11764-023-01508-9

Wu LM, Huang IC, Su HL, Lee SL. Interventions to Support Adolescents With Cancer in Decision-Making: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Worldviews on evidence-based nursing* 2021. DOI: 10.1111/wvn.12522

Vedlegg 4: Verktøy for vurdering av metodisk kvalitet

JBI's sjekkliste for systematiske oversikter (flere detaljer: <https://jbi.global/critical-appraisal-tools> (16)). Våre tilpasninger er i hovedsak hentet fra SBUs sjekkliste for oversikter over kvalitative studier (17;18) og er beskrevet.

Svaralternativer: Ja, nei, uklart, passer ikke

Overordnet vurdering: Høy, middels, lav metodisk kvalitet

Spørsmål i JBI	Tillegg for oversikter over kvalitative studier
1. Is the review question clearly and explicitly stated?	
2. Were the inclusion criteria appropriate for the review question?	
3. Was the search strategy appropriate?	
4. Were the sources and resources used to search for studies adequate?	
5. Were the criteria for appraising studies appropriate?	
6. Was critical appraisal conducted by two or more reviewers independently?	
7. Were there methods to minimize errors in data extraction?	
8. Were the methods used to combine studies appropriate?	
9. Was the likelihood of publication bias assessed?	Dersom oversikt over kvalitative studier kan det i stedet spørres om refleksivitet, f.eks.: "Har författarna hanterat sin förförståelse på ett acceptabelt sätt?"
10. Were recommendations for policy and/or practice supported by the reported data?	Hvis det ikke gjøres anbefalinger, kan det tas utgangspunkt i konklusjonen, f.eks.: - har konklusjonen støtte i data? - er tillit til funnene tatt hensyn til?
11. Were the specific directives for new research appropriate?	
Er det andre bekymringer?	

Vedlegg 5: Vurderinger av metodisk kvalitet i de inkluderte systematiske oversiktene

Nedenfor presenteres vår vurdering av metodisk kvalitet i de inkluderte systematiske oversiktene (N=18), med verktøy utviklet av JBI og tilpasset av oss.

Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
Appleton (2022)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Un-clear	Yes	Høy
Barnett (2019)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Yes	Høy
Barratt (2022)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	No	Yes	No	Yes	Yes	Lav
Bray (2018)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	No	Yes	Yes	Høy
Brum-melaar (2018)	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Un-clear	Un-clear	Yes	No	Un-clear	Yes	Lav
Critoph (2024)	Yes	Un-clear	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Un-clear	No	Un-clear	Yes	Yes	Middels
Davies (2015)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Un-clear	Yes	No	Un-clear	Yes	Lav
Gondek (2017)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Høy
Gray (2022)	Yes	Un-clear	Un-clear	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	No	Yes	Yes	Middels
Hughes (2018)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Un-clear	Yes	No	Un-clear	Yes	Middels
Juul (2025)	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	No	Yes	Yes	Middels
Jørgensen (2024)	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Yes	Yes	No	Un-clear	Yes	Middels
Kennan (2018)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	No	Yes	Yes	Høy
Kim 2018)	Yes	Yes	No	Yes	Yes	No	No	Un-clear	Yes	Un-clear	No	Lav

McTavish (2022)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Un-clear	Yes	Høy
Pyke-Grimm (2019)	Yes	Yes	No	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Un-clear	No	Yes	Yes	Lav
Toros (2024)	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	No	Un-clear	Yes	Middels
Viksveen (2024)	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Yes	Yes	Un-clear	Yes	Høy

Vedlegg 6: Inkluderte systematiske oversikter med uthentede data

Nedenfor presenteres uthentede data fra de 18 inkluderte systematiske oversiktene.

Vær oppmerksom på at det er varierende metodisk kvalitet på disse oversiktene, inkludert at de i ulik grad har tatt hensyn til de inkluderte primærstudienes eventuelle metodiske begrensninger.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
Appleton (2022) Perspectives of young people who access support for mental health in primary	- Identify the experiences and views of young people (aged 12-25 years) with or without a mental health diagnosis or prior mental health service experience receiving mental health care in primary care. - Elicit the needs of	Young people aged 12-25 (age 12-35 from the studies table) years with or without a mental health diagnosis or prior mental health service experience.	The study does not define "participation." It is about the experiences and needs of young people (aged 12-25 years) when receiving mental health care in primary care, focusing on themes such as trusting relationships, empathy, time to talk, and barriers to accessing mental health support.	Young people need a trusting relationship with their GPs (General Practitioners) to discuss sensitive issues. They value unhurried consultations and continuity of care, which enables them to express their opinions and participate in decision-making. They respect doctors who treat them as adults and want their concerns to be taken seriously. However, negative experiences and perceptions of GPs' limitations in mental health care can hinder participation and co-determination.	- Young people's positive experiences with mental health support in primary care are facilitated by a trusting relationship with their GP, empathy, and time to talk. Young people need a trusting relationship. GPs require unhurried consultations and the ability to maintain continuity of care. - Negative experiences are associated with a lack of these qualities and perceptions that GPs are too quick to prescribe medication. - Perceiving GPs as lacking knowledge about mental health problems is a barrier to engagement.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
care: a systematic review of their experiences and needs	young people when visiting primary care for mental health concerns.				Barriers: short appointments, variable GP expertise, stigma/access hurdles. e.g. "Perceiving that GPs did not know much about mental health problems was an identified barrier."
Barnett (2019) Patient-centered psychiatric care for youth in foster care: a systematic and critical review	<ul style="list-style-type: none"> - Identify the perspectives of youth in or formerly in foster care and their caregivers and providers regarding how psychiatric care aligns or does not align with PCC. - Identify and review the effectiveness of interventions aiming to improve PCC within the psychiatric care of youth in foster care. 	<ul style="list-style-type: none"> - Youth currently or formerly in foster care, age 11-24 - Caregivers - Direct service providers (including social workers, foster parents, mental health therapists, clinical prescribers) 	The study does not define participation as it is not about participation but rather about perspectives and interventions related to patient-centered care (PCC) for youth in foster care.	<ul style="list-style-type: none"> - Youth in foster care lack participation and co-determination in their psychiatric care. - They are often excluded from decision-making processes and feel coerced into taking medications. - Weak therapeutic relationships with providers are common, leading to feelings of being unheard and mistrust. - Youth are not considered as individuals with their own experiences and needs; instead, they are often treated as subjects to be controlled through medication. - There is a lack of autonomy and trust in the services. 	<ul style="list-style-type: none"> - The study identified four main themes from youth/former youth perspectives: lack of knowledge about medications, feelings of disempowerment and coercion, being overmedicated for behavioral control, and weak therapeutic relationships. - None of the included studies examined outcomes with interventions aiming to improve PCC in this population, indicating a significant research gap. - The findings highlight significant gaps in PCC for youth in foster care, particularly in terms of empowerment and therapeutic relationships. <p>Continuity/trust issues. A challenge is that frequent changes in caregivers/providers create gaps in information and undermine alliance/continuity.</p>
Barratt (2022) Children living with long-term conditions and their experiences of partnership	<ul style="list-style-type: none"> - To describe the experiences of nursing care and partnership nursing as expressed by children living with long-term conditions. - How do children with long-term conditions experience 	<ul style="list-style-type: none"> - Children living with long-term conditions (e.g., haematology/oncology, non-specified long-term conditions, mental health) 	Participation is defined as children wanting to be involved in their own care and decision-making processes, with some children seeking an active role in decision-making and others preferring a more passive role. The	Children often feel uninvolved in the partnership between nursing staff and parents, but they desire shared decision-making and to be recognized as individuals in their care. They are either active or passive participants, with active participation leading to a greater sense of control and empowerment. Some prefer to rely on parents, while others want to be more involved. Being informed about their condition increases their sense of control and trust in the nursing staff. Four integrated findings were identified:	<ul style="list-style-type: none"> - Children are aware of their surroundings and needs. - Children value positive communication. - Children want to be recognized as individuals in the triadic relationship through tailored play. - Children seek a shared decision-making process. <p>A triadic relationship is between nurse, parent and child and is an important concept. The child's voice can drown in what can be an adultcentric triad. Children want honest, age-appropriate information and a real say.</p>

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
in nursing care: An integrative systematic review	partnership nursing with both nursing staff and their parents, when being cared for in a paediatric healthcare service? - What are the positive and negative experiences of nursing care in hospital as expressed by children living with a long-term condition?	conditions, respiratory conditions) - Age range: 2 years old to over 18 years old, cared for in pediatric settings	study emphasizes the importance of children's participation in their healthcare.	"Children are aware of their surroundings and needs," "Children value positive communication," "Children want to be recognised as an individual in the triadic relationship, and this can be done through nurses using tailored play;" and "Children seek a shared decision-making process."	Children have different preferences for how to participate - power dynamics is a common barrier. Some want to give little to no input (often due to anxiety); other want an active role. The participation can actually be adult-centric here. Quality of relationships important. some value relationship with nurses, other prefer parents to lead - (guided role).
Bray (2018) A systematic evidence synthesis of interventions to engage children and young people in consultations about their long-term conditions	- To clearly define and critically examine the current evidence about which methods/interventions are designed to engage children and young people in healthcare consultations about their long-term conditions. - To explore what the evidence tells us about which methods are the most successful/effective in engaging children	- Children and young people aged 5–18 years (from studies table) with long-term conditions (diabetes, asthma, heart disease, palliative care, neuromuscular conditions, allergy, general pediatrics) - Health professionals involved in consultations	The study does not define participation but focuses on engagement, which is defined as involving children and young people in healthcare consultations, being involved, participating, or actively concerned during the consultation.	- Interventions increased the frequency and range of engagement in consultations. - Children and young people could express their concerns more openly and honestly. - Satisfaction with consultations improved, indicating increased involvement in decision-making. - Interventions promoted open discussion and decision-making through various tools. - Better relationships with health professionals were fostered, enhancing trust and care effectiveness.	- Interventions such as prompting communication, training for engagement, and redesigning consultation processes were used to engage children and young people in healthcare consultations. - These interventions improved engagement by increasing dialogue frequency, broadening discussion topics, enhancing openness and honesty, and improving satisfaction. - The overall quality of the evidence was poor to fair, with evidence being disparate and inconclusive. - Tools like prompt sheets, question lists, visual aids and structured agendas increased perceived participation.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
	and young people in their healthcare consultations.	with these children and young people			
Brum-melaar (2018) Participation of youth in decision-making procedures during residential care: A narrative review	<ul style="list-style-type: none"> - Assess the current state of knowledge on the level and type of participation of young people in decision-making procedures related to their stay in residential care. - Focus on the opportunities of young people to participate, also in relation to the content and setting of decisions. - Identify the possible challenges and facilitators to participation. - Examine the possible outcomes of care related to participation. 	- Youth aged 0 to 25 with emotional and/or behavioural problems and/or rearing problems. They were receiving residential youth care services in psychiatric inpatient units, children's homes, residential treatment centers, and transitional houses, child welfare institutions, etc	Participation in decision-making is defined as informing and preparing the young person, focusing on their views and wishes, giving these views due weight, providing feedback, and/or being able to start complaint procedures and appeal against decisions. It involves young people in institutions and decisions affecting their lives, emphasizing mutual respect and dialogue.	Young people have limited opportunities for meaningful participation in decision-making during residential care. They often lack influence over everyday activities, admission processes, treatment planning, and transition decisions. Some feel uninformed or lack control over their care trajectory. There are instances where young people are not effectively involved in complaint systems or medication decisions, but some feel involved in care planning and are considered in decision-making processes. "the professional's attitude, and underlying rationales (protective, supportive, or regulatory rational), may play a crucial role in the implementation of youth participation in decision-making. A positive relationship and communication between a young person and professional(s) whereby the focus lies on understanding, nearness, respect, and reciprocity is regarded as a key aspect in promoting the young person's participation".	<ul style="list-style-type: none"> - Young people have limited opportunities for meaningful participation in decision-making during residential care. - Participation is considered important, but there is limited evidence on its direct impact on care outcomes, except for a moderate association with emotional well-being.
Critoph (2024) Triadic communication with teenagers	- To understand who is present with TYACs in healthcare consultations/communication.	- Teenagers and young adults with cancer (TYACs), diagnosed aged 13-24 years.	The study does not explicitly define participation, but it is implied through discussions on involvement in decision-making and autonomy. Participation refers to the level	Young people are not fully included in clinical communication and decisions at their preferred level. Supporters can both facilitate and hinder their involvement. Young people desire autonomy and control but often face obstacles in achieving this due to	- Triadic communication is common and complex in TYACs' care, with supporters potentially helping or hindering young people's involvement in care-related communication.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
and young adults with cancer: a systematic literature review - 'make me feel like I'm not the third person'	<ul style="list-style-type: none"> - To synthesise TYACs' experiences of communication with the supporter present. - To develop insights into the impact of a TYAC's supporter being present in the communication. 	<ul style="list-style-type: none"> - Supporters: primarily mothers, but also include fathers, both parents, stepmothers, grandmothers, sisters, partners, aunts, and other unspecified supporters. 	of engagement and control TYACs have in their care-related decisions, which can be facilitated or hindered by the presence of supporters.	the presence of supporters. They seek private communication with healthcare professionals, which is not always provided, leading to issues with trust and participation. A key impact of triadic communication is that young people may not be involved in decision-making to the level they want. Not allowing TYACs (young adults with cancer) to choose their involvement in decision-making violated their autonomy, and increased distrust or resentment of providers and supporters and resulted in lower treatment adherence.	<ul style="list-style-type: none"> - The majority of supporters are mothers, and their presence impacts young people's involvement in healthcare decisions. - Young people are often not included in clinical communication and decisions to their preferred level, necessitating training for HCPs on effective triadic communication. - Triadic interactions require role negotiation. Further, young people want direct communication, while parents (and most commonly the mother) often mediate/support. So young people may want "private lines of communication with HCPs without the presence of supporters (often parents).
Davies (2015) Perceptions of Children's Participation in Their Healthcare: A Critical Review	<ul style="list-style-type: none"> - To review the current literature on children's involvement in care. - To note the differences between professional views and those of children themselves. - To further reveal and compare the attitudes of health professionals and children with regards to child participation in their healthcare. 	<ul style="list-style-type: none"> - Children and adolescents: Various ages, genders, and health statuses. - Health Professionals: Nurses, doctors, and other healthcare providers 	Participation in the study refers to the involvement of children in their healthcare, which is considered transitory and dependent on various factors. It involves empowering children with appropriate information, promoting their role in decision-making, and collaboration between health professionals and parents. Participation is about addressing the gaps in current practices and ensuring that children's voices are heard in their healthcare.	Children generally feel empowered and valued when involved in their healthcare, but face barriers such as age, gender, professional attitudes, and communication issues. Older and more experienced children are more likely to be involved, but health professionals' fear of being questioned and parental roles can limit participation. Children often experience exclusion and lack of appropriate communication, but feel happy and reassured when their views are considered.	<ul style="list-style-type: none"> - Children and health professionals generally agree that children should be involved in their healthcare, but there is disagreement over the extent of involvement. - Children's involvement is often hindered by factors such as parental roles and societal beliefs about children's capabilities. but children want to be involved and updated about decisions. they also want information in a language they understand. - Health professionals should empower children by providing them with appropriate information and work with parents to promote involvement through open discussion and negotiation. <p>Adults overestimate involvement; communication gaps & power dynamics are common. mismatch between professionals and children. also, information barriers reduce involvement. children receive inappropriate and inaccessible info. Important to reflect on adults' relationship with power and control in their professional capacity.</p>

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
Gondek (2017) Facilitators and Barriers to Person-centred Care in Child and Young People Mental Health Services: A Systematic Review	The aim of the present research was to systematically review factors influencing person-centred care in mental health services for children, young people and families examining perspectives from professionals, service users and carers.	- Children and young people with mental health issues (up to 25 years from inclusions criteria) - Carers (parents or guardians) - Professionals working in mental health services	The study does not explicitly define "participation," but it discusses factors related to service users' involvement in decision-making and care, which can be inferred as aspects of participation. The study focuses on person-centred care in mental health services for children and young people, examining factors that influence its implementation from various perspectives.	Service users' participation and co-determination in PCC (Patient-Centred or Person-Centred Care) are influenced by their age, severity of symptoms, and confidentiality concerns. They experience greater ease in participation as they mature and develop self-expression skills. Barriers include lack of information sharing and age-appropriate resources, while facilitators include being listened to and having their opinions respected.	- The study found that facilitators and barriers to person-centred care in child and young people's mental health services are similar to those in adult services. Key factors broadly similar, particularly regarding information sharing/communication. Listening, respecting and validating, quality of relationship, and support, capacity of children and young people to be involved in their care, parental involvement and shortage of resources. These factors were cited as both facilitators and barriers and were found to be universally important by service users, their carers and professional working at the services. Also barriers: parental involvement and shortage of resources; lack of continuity; more complex role of a carer in children/young people services. - Key recommendations include training professionals in person-centred care, improving information provision for service users and carers, and ensuring flexibility in care delivery. - Despite efforts, person-centred care is not fully implemented in child and young people's mental health services, with differences noted in the role of carers and service user autonomy.
Gray (2022) Person-centred practices in education:	- Conduct a systematic literature review of current research into PCP within education for pupils with SEMH.	- Children and young adults with Social, Emotional, Mental Health (SEMH) needs (ages: 5-	Participation is defined in the context of person-centred planning (PCP) as engaging children, young people, and their families in decision-	- Children and young people are central to PCP (Person-Centered Planning) meetings and are treated as individuals. - They are listened to and feel supported by the collective effort to create plans and discuss strengths.	- PCP appears to be effective in engaging children and families, but research in education is limited and methodologically weak. - PCP improves social and academic outcomes by giving children a voice and making them central to planning and decision-making processes.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
a system-atic review of research	- Address the re- search question: What range of out- comes are associ- ated with using specified PCP pro- cesses with pupils with SEMH in edu- cation?	17, from the ac- tual studies) - Parents of chil- dren with SEMH needs - School staff and educational psy- chologists (EPs) involved in sup- porting children with SEMH needs	making processes, empha- sizing giving pupils a voice and improving relationships among participants.	- PCP meetings foster a sense of belonging, reduce power imbalances, and encourage equal participa- tion. - Improvements in relationships between partici- pants, including increased parental involvement and better communication, are noted. - Facilitators play a crucial role in ensuring equality and addressing power imbalances. - Initial anxiety is reduced as participants become comfortable with the informal and supportive atmos- phere of PCP meetings.	- PCP encourages improvements in relationships among participants, but there is limited evidence on its impact on standardized outcomes like academic levels or exclu- sion rates. - Pupils felt central, listened to and cared for - PCP Improved behaviour, self-esteem, motivation and academic/social engagement in pupils However there is very little use of standardised or observable outcome measures which would improve the external validity of the positive claims being made. Indeed, it is notable that where quantified outcome data are presented, findings are mixed and/or show few positive changes. - Better collaboration and relationships among pupils, parents and staff.
Hughes (2018) The en- gagement of young people in their own advance care plan- ning pro- cess: A systematic narrative synthesis	- To identify and as- sess the current evi- dence to determine the barriers and facil- itators to the engage- ment of young peo- ple in their own ad- vance care planning process. - To explore who is involved in the ACP process. - To explore when the process is started. - To explore how key participants (young	- Young people aged 13-24 years with diagnoses such as cancer, HIV/AIDS, life- limiting condi- tions, life-threat- ening conditions, chronic illnesses, and cystic fibro- sis. age from in- clusion criteria - Healthcare pro- fessionals (HCPs), particu- larly specialist HCPs involved in	The study is about the en- gagement of young people in their own advance care plan- ning process, focusing on identifying barriers and facili- tators to their participation. "Participation" is not explicitly defined but is implied through terms like "engage- ment" and "involvement" in the ACP process.	Young people are not consistently engaged in their own advance care planning due to barriers such as poor communication and timing issues. They are concerned with practical aspects of their care but are not always given the opportunity to participate. Structured interventions with positive relationships and effective communication can improve their par- ticipation and reduce stress and anxiety. Communi- cation, which is clear, timely and language which is both age-and developmentally focused, can facilitate the engagement of young people by helping them understand and convey the care they want at the end of life	- Most studies on young people's engagement in ad- vance care planning are conducted in hospitals or other institutions. - Barriers to engagement include poor communication, conflicts within relationships, and inadequate education and training for healthcare professionals. - Aligning policy and practice, and a collaborative ap- proach, can facilitate young people's engagement in ad- vance care planning. - Engagement requires readiness, relational trust and skilled communication. An important aspect of this is Ad- vance Care Planning. This can reduce anxiety/uncer- tainty. - A barrier here is that ACP can only start after a crisis situation; relational conflicts are a barrier along with vari- able access to training for HCP.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
	person, their parents/carers and HCPs) are engaged in the process and how this facilitates or mitigates engagement of the young person.	advance care planning.			
Juul (2025) Characteristics of the Qualitative Research on Inclusion of the Youngest Children in Child Welfare and Protection Work Processes. A Qualitative Systematic Review	<ul style="list-style-type: none"> - Explore qualitative research on the inclusion of younger children in child welfare and protection work (CWP) processes. - Examine empirical qualitative studies on the inclusion of younger children (under the age of 12) in CWP processes published since 2015. - Identify gaps related to the inclusion of younger children in CWP processes. 	<ul style="list-style-type: none"> - Younger children (aged 0-12 from abstract, 6-18 from studies table) - Parents or foster caregivers - Child welfare and protection professionals 	Participation is defined in the study as a rights-based discourse and decision-making process, closely linked to the United Nations Convention on the Rights of the Child, Article 12. It is part of the broader concept of inclusion, which also includes collaboration, cooperation, and partnership. The study examines how children are understood and included in child welfare and protection processes, focusing on their participation rights and experiences.	Younger children are not adequately included in child welfare and protection processes. They are positioned as objects rather than active participants, experience restricted participation in decision-making, and are often not informed or heard. Formal meetings are not conducive to their participation, and they need one-on-one interactions with professionals to build trust. Dialogical communication and child-friendly approaches are necessary to enhance their participation and trust.	<ul style="list-style-type: none"> - The discourses of vulnerability and maturity often override younger children's participation rights in child welfare and protection processes. - Younger children are largely positioned as objects rather than subjects, leading to negative consequences for their safety and well-being. - There is a need for changes in policy and practice to protect younger children's rights, as current arrangements and communication strategies are inadequate.
Jørgensen (2023) Individual participation in so-	<ul style="list-style-type: none"> - Conduct a meta-analysis of qualitative research on CYP's experiences of individual participation in social services. 	Children and young people (CYP) at risk, aged 4-23 years, receiving help	Participation is defined as a partnership involving mutual exchange of information and active involvement in dialogue and decision-making processes. It includes being	<ul style="list-style-type: none"> - CYP (children and young people's) understand participation as a partnership involving mutual exchange of information and active involvement in dialogue and decision-making. - They value transparent information throughout the process. 	<ul style="list-style-type: none"> - Children and young people understand participation as a partnership involving mutual exchange of information and active involvement in dialogue and decision-making. - Three significant practices for CYP's experience of participation are listening practices, building relationships,

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
cial ser- vices for children and young people: a synthesis of qualita- tive studies	<ul style="list-style-type: none"> - Present knowledge about individual participation from the CYP perspective. - Gain an in-depth understanding of CYP's perspectives on participation. - Synthesize qualitative research on CYP's understandings and experiences of participation. 	from social ser- vices.	informed and having a say in decisions, with essential practices being listening, building relationships, and power-sensitive practices.	<ul style="list-style-type: none"> - Social workers' listening skills and quality relationships are essential for participation. - Power-sensitive practices empower CYP to influence decisions. 	<p>and power-sensitive practices, which are essential for developing relational space.</p> <ul style="list-style-type: none"> - The study highlights a consensus among CYP on the importance of agency and control over their lives in participation, aligning with existing conceptualizations by Shier and Lundy.
Kennan (2018) Supporting Children's Participation in Decision-Making: A Systematic Literature Review Exploring the Effectiveness of Participatory Processes	<ul style="list-style-type: none"> - To provide a narrative synthesis of the evidence on the effectiveness of processes in supporting children's participation rights. - To explore the effectiveness of the following processes: <ul style="list-style-type: none"> - The use of advocates - A child's attendance at assessment, planning, or review meetings - Family Welfare Conferences - Recording a 	<ul style="list-style-type: none"> - Children involved in child welfare, child protection, and alternative care services. - Professionals such as social workers, advocates, and parents involved in these services. 	Participation is defined as the right of the child to express their views in matters affecting them and for their views to be acted upon as appropriate, in accordance with Article 12 of the UNCRC and as conceptualized by Lundy (2007).	<ul style="list-style-type: none"> - The use of advocates is effective in supporting children's participation, facilitating expression of views and ensuring they are considered. - Attendance at meetings increases participation, with more meetings leading to higher likelihoods of expressing views and influencing decisions. - A positive, trusting relationship with the case worker is crucial for creating a safe space for participation. - Factors like preparation, meeting formality, communication skills, power imbalance, and support from professionals and parents influence participation. 	<ul style="list-style-type: none"> - The use of advocates is an effective means of supporting children's participation. Two studies state that for an advocate to play an effective role they must be independent of social work services. Children testified the value of having an advocate. - The effectiveness of other processes like attendance at meetings, Family Welfare Conferences, and recording children's views is mixed. most important: the quality of the relationship with the child and their case worker. - The quality of the relationship between the child and their case worker is a key factor in effective participation. - Factors like preparation, meeting formality, communication skills, power imbalance, and support from professionals and parents influence participation.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
	child's views in writing				
Kim (2018) How can health professionals enhance interpersonal communication with adolescents and young adults to improve health care outcomes?: systematic literature review	- To examine the literature on different aspects of interpersonal communication with young clients in health care settings, in order to understand barriers and facilitating factors in their communication for better health care outcomes.	Adolescents and young adults with and without chronic illnesses or disabilities, age 11-29 (from studies table) Health care providers	The study does not explicitly define participation, but it discusses barriers and facilitating aspects of communication between adolescents and health professionals.	- Young clients desire mutual interactions with parents and health care seeking autonomy and control over their personal information. - Humanistic engagement is crucial for fostering trust and emotional safety, promoting active participation in health care. - Open-ended questions and personable approaches by health care providers motivate young clients to make positive health changes. - Recommendations include strategies to address barriers to sensitive discussions and inform young clients about legal and professional obligations.	- The systematic review identified three major themes: challenges in discussing sensitive and intimate aspects of young lives, the importance of trust and emotional safety, and the need for inclusion and autonomy. - Communication barriers often arise when discussing sensitive or personal topics, highlighting the need for strategies to address these challenges. - Trust and emotional safety are crucial for open communication, and young clients need to feel included and autonomous in their healthcare decisions.
McTavish (2022) Foster children's perspectives on participation in child welfare processes: A meta-synthesis of	- To systematically synthesize qualitative research on foster children's perspectives on participation in child welfare processes. - To summarize foster children's perspectives on participation or lack thereof	Children in non-kinship foster care. Age: 4 to 19 years (actual age from the studies). Diverse ethnicities. Duration in foster care: Two weeks to 17 years	Participation is defined as the action of taking part in an activity or decision-making, which includes being listened to or consulted. It involves engaging in processes and decision-making in child welfare, such as removal from home and foster family processes. Participation can range from passive listening	Children's participation in foster care processes varies; some desire passive roles, while others seek active decision-making roles. A main priority for children was the quality of their relationships, especially in terms of values (e.g., fairness, honesty, inclusivity). Many lack knowledge about their care experiences. Facilitators include being appreciated, included in decisions, feeling belonging, good management of their feelings. Barriers include lack of information and oppressive power dynamics. Social workers should prioritize relationship development to enhance participation.	- Foster children prioritize the quality of relationships and values like fairness, honesty, and inclusivity in their participation in child welfare processes. - There is no single best way for children to participate; some prefer passive roles, while others want active roles in decision-making. (no one-size-fits-all; passive listening roles vs. active roles in decision-making) - Many children lack information about their care and feel unprepared for changes, which can be traumatic; thus, improving participation processes is crucial. - Barriers: fear/safety concerns; lack of updates/feedback.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
qualitative studies	in child welfare processes. - To provide useful findings for policy makers and practitioners to inform decision-making and practice.		roles to active roles in decision-making.		
Pyke-Grimm (2020) Treatment Decision-Making Involvement in Adolescents and Young Adults With Cancer	- The current state of knowledge about AYAs aged 15-21-years with cancer and their perspective on and involvement in TDM - Factors influencing the AYAs' TDM involvement, such as their age, developmental stage, and phase in the continuum of care - Their TDM involvement within the context of their family and with their HCPs	- Adolescents and young adults (AYAs) aged 7-24 (not 15-21-> inclusion criteria) years with cancer - Parents of AYAs with cancer - Healthcare providers (HCPs) involved in the care of AYAs with cancer	The study defines participation as being involved in treatment decision-making (TDM) processes, which includes understanding AYAs' preferences and perspectives on their involvement in making decisions about their cancer treatment. Participation is situational and varies based on factors like age, developmental stage, and disease state.	- AYAs (adolescents and young adults) often do not participate in TDM (treatment decision making) at their preferred level. - Family involvement is common, with AYAs preferring collaboration with parents and HCPs (healthcare providers). - AYAs value being informed but often do not want sole responsibility for decisions. - Limited knowledge and communication barriers can hinder participation. Limited knowledge of the disease and treatment were important barriers to participation in decision making - The role of family and HCPs is crucial, with AYAs' involvement evolving over time.	- The study identified five major factors related to AYAs' involvement in TDM, including their preferred, actual, and perceived involvement: age and cognitive maturity, disease and illness factors, information and communication/relationships and perspectives of parents and healthcare providers. - Treatment decision-making is situational, with AYAs being more comfortable with certain decisions and less with others, and parents and HCPs having varying levels of involvement. - Decision-making is a process that evolves over time as AYAs become more experienced with their disease. - Family/clinician roles shift by context and time (e.g., diagnosis vs later). Early on, involvement "is determined primarily by the attitudes of the HCPs and parents," while later AYAs "become knowledgeable and more assertive". - When it comes to involvement it is very important HOW information is provided and the degree of parents and HCP directly communicating with AYAs. - Parent's role can both limit or enable participation. - They trusted health care providers as experts, and their parents to make decisions in their best interest.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
Toros (2024) "I got to say two or three lines"-A systematic review of children's participation in child protective services	<ul style="list-style-type: none"> - Examine children's views and experiences of participating in CPS cases of child abuse and neglect. - Identify the gap in scientific knowledge. 	Children who have been involved with Child Protective Services (CPS) due to abuse or neglect. Age: 6-20 (one study 18-74)	Participation is defined as involving interaction/dialogue and influence, requiring children to be well-informed, allowed to express themselves, and actively involved in assessment and decision-making processes. The study highlights that current practices often reduce participation to tokenistic engagement with limited influence on decision-making, suggesting a need for changes in how participation is conceptualized and operationalized within CPS.	Children's participation in CPS (Child protective services) is often limited and tokenistic, with minimal influence on decision-making processes. Communication is one-sided, with workers focusing on formal questioning rather than listening to children's views. Children desire to be heard and have their needs considered but are often not engaged in the assessment process or decision-making. The focus on parents' views and rights often supersedes children's perspectives, and younger children are particularly disadvantaged with limited participation and lack of age-appropriate information.	<ul style="list-style-type: none"> - Children's participation in child protective services is often tokenistic, with limited influence on decision-making processes. - Collaborative relationship is important. - Children, especially younger ones, receive insufficient information and struggle to understand the proceedings. - The CPS system prioritizes parents' views over children's, leading to an imbalance in the approach to child participation. -The findings highlight a need for significant changes in how child participation is conceptualized and operationalized within CPS. Implications for practice, policy, and research are discussed to foster children's participation in CPS to contribute to the effective care and protection of children experiencing child abuse and neglect.
Viksveen (2024) Adolescents' involvement in mental health treatment and service design: a systematic review	<ul style="list-style-type: none"> - Explore experiences with user involvement for adolescents in mental healthcare. - Investigate the effectiveness of user involvement. - Examine safety issues related to user involvement. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adolescents: Majority of participants (79%), aged 13-18 years, with diagnosed mental health conditions or self-reported mental health problems. - Parents/ Guardians: 13% of participants. 	User involvement is defined as a dynamic process involving collaboration and partnerships at various levels, which includes shared decision-making and requires active participation in planning, implementation, or review of mental healthcare. It is not just about attending therapy sessions but involves active engagement and collaboration. User involvement and user participation are used interchangeably in the study.	Adolescents' participation in mental healthcare at the individual level involves their right to be involved in treatment decisions, fostering a collaborative relationship characterized by two-way communication, trust, and shared decision-making, maintaining their autonomy for example through their right to refuse health proposals. Active involvement leads to higher treatment attendance and continuation, while lack of involvement results in passive compliance and disengagement. Early involvement supports motivation and reduces the need for involuntary treatment. The evidence gathered from qualitative studies suggests actively involving adolescents in their treatment contributed to greater motivation for treatment, higher attendance rates and treatment continuation. User	<ul style="list-style-type: none"> - Quantitative studies highlight the importance of personal help and online tools in supporting adolescents' involvement in mental healthcare. - Qualitative studies suggest shared decision-making is associated with improved mental health outcomes and treatment satisfaction. - Involving adolescents in their treatment leads to greater motivation, higher attendance rates, and treatment continuation.

Studie	Mål med oversikten	Populasjon	Definisjon av medvirkning	Funn om barn og medvirkning	Kunnskapsoppsummeringens hovedresultater
		- Healthcare Staff: 7% of participants.		involvement contributed to reduced need for involuntary treatment and reduced drop-out rates. A collaborative relationship served as a facilitator to user involvement, characterized by provision of information exchange, two-way communication, establishing a trusting relationship, and applying shared decision-making. Moreover, user involvement depended on adolescents' desire and capacity to be involved, health personnel's capacity to facilitate involvement, and sufficient social and practical support to enable adolescents' involvement.	

Vedlegg 7: Norske sammendrag

Norske sammendrag basert på KI-uthentede data og kontrollert av oss:

Forfatter (år)	Sammendrag
Appleton (2021)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å identifisere unges erfaringer og behov i møte med fastleger/primærhelse ved psykiske plager. Definisjon av medvirkning: Ikke eksplisitt; omhandler uttrykksrom, respekt, tid til å bli hørt og å delta i beslutninger. Populasjon: Unge 12–25 (noen studier 12–35) med/uten diagnose og med/uten tidligere tjenesteerfaring. Kontekst/tematikk: Psykisk helse (primærhelse). Antall studier, studiedesign og land: 7 studier (2 kval., 4 mixed, 1 kvant.) fra UK (4), USA, Irland, Canada (1 hver). Hovedresultater: Tillitsfull relasjon og kontinuitet er grunnleggende for å drøfte sensitive tema. Unge ønsker uforhastede konsultasjoner og å bli behandlet som voksne. Negative erfaringer og opplevelse av fastlegers begrensninger hemmer deltakelse. God kommunikasjon og respekt for unges perspektiv fremmer medbestemmelse.</p>
Barnett (2018)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å identifisere perspektiver og vurdere tiltak for pasientsentrert psykiatrisk omsorg for ungdom i/etter fosterhjem. Definisjon av medvirkning: Ikke eksplisitt; relatert til PCC-prinsipper (patient-centered care) om innflytelse og respekt for preferanser. Populasjon: Ungdom 11–24 år med fosterhjemserfaring; omsorgsgivere; tjenesteytere. Kontekst/tematikk: Psykisk helse og barnevern. Antall studier, studiedesign og land: 11 studier (8 kval., 2 kvant., 1 mixed) fra USA (10) og Canada (1). Hovedresultater: Ungdom opplever lite medbestemmelse, ekskluderes fra beslutninger og føler seg ofte presset til medisiner. Svake terapeutiske relasjoner skaper mistillit og opplevelse av ikke å bli hørt. Ungdom behandles ikke som individer med egne behov, men som objekter for kontroll. Behov for tiltak som styrker relasjon, autonomi og informert deltakelse.</p>
Barratt (2022)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å beskrive barn med langvarige tilstander sine erfaringer med partnerskap i sykepleie og samspillet barn–forelder–sykepleier. Definisjon av medvirkning: Ønske om å delta i egen omsorg og beslutninger; noen vil ha aktiv rolle, andre mer passiv. Populasjon: Barn 2–18+ år i pediatriske settinger; ulike somatiske og psykiske tilstander. Kontekst/tematikk: Somatisk og psykisk helse. Antall studier, studiedesign og land: 21 studier (18 kval., 3 mixed) fra bl.a. USA (4), UK (4), Sverige (3), Tyrkia (2), Canada, Kina, Iran, Malaysia, Taiwan, Island, Italia, Portugal. Hovedresultater: Fire integrerte funn: (1) Barn er bevisste egne behov/omgivelser; (2) verdsetter positiv, tilpasset kommunikasjon; (3) ønsker å bli sett som individ i triaden, bl.a. gjennom lek; (4) søker delt beslutningstaking. Aktiv deltakelse gir kontroll/empowerment; informasjon styrker tillit.</p>
Bray (2018)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å definere og kritisk vurdere metoder/tiltak som engasjerer barn/unge i konsultasjoner om langvarige tilstander og identifisere hva som fungerer best. Definisjon av medvirkning: Fokus på «engasjement» i konsultasjoner (å være involvert/aktivt opptatt). Populasjon: Barn/unge 5–18 år med langvarige tilstander (diabetes, astma, hjerte, palliasjon, nevromuskulære plager, allergi, generell pediatri); helsepersonell. Kontekst/tematikk: Somatisk. Antall studier, studiedesign og land: 12 studier (5 kval., 1 RCT, 1 kvasi-eksperimentell, 2 deskriptive, 3 mixed) fra USA (4), Malaysia (1), Danmark (1), UK (3), Sverige (1), Norge (1), Nederland (1). Hovedresultater: Tiltak øker frekvens og bredde i barns deltakelse, gir ærligere uttrykk for bekymringer og høyere tilfredshet. Verktøy som strukturerer samtalen fremmer åpenhet, felles beslutningstaking og bedre relasjon/tillit til helsepersonell.</p>

Brum- melaar (2018)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å vurdere nivå/type deltakelse blant unge i beslutningsprosesser under institusjonsopphold og identifisere utfordringer/fasilitatorer. Definisjon av medvirkning: Å informere/forberede den unge, fokusere på syn/ønsker, tillegge vekt, gi tilbakemelding og tilgang til klage/anke. Populasjon: Unge 0–25 år med emosjonelle/atferdsmessige/atferdsproblemer i institusjonelle tiltak (psykiatri, barnehjem, behandling, overgangsbolig). Kontekst/tematikk: Psykisk helse og barnevern (residential care). Antall studier, studiedesign og land: 16 studier (ca. 12–13 kval., 7–4 kvant., 3 mixed) fra USA (2), Canada (1), UK/Irland (4), Australia (2), Sverige (3), Norge (1), Ghana, Tyskland, Italia. Hovedresultater: Reell innflytelse på hverdagsliv, inntak, behandlingsplan og overgang er ofte begrenset; mange føler seg dårlig informert og uten kontroll. Profesjonelles holdninger/rasjonaler (beskyttende, støttende, regulerende) og relasjonskvalitet (nærhet, respekt, gjensidighet) er nøkkelfaktorer for å muliggjøre medvirkning.</p>
Cri- toph (2024)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å kartlegge triadisk kommunikasjon (ungdom–støtteperson–helsepersonell) i kreftomsorg og dens konsekvenser for ungdoms medvirkning. Definisjon av medvirkning: Implisitt som graden av involvering og kontroll i beslutninger. Populasjon: Tenåringer/unge voksne med kreft (diagnose 13–24), og støttepersoner (oftest foreldre). Kontekst/tematikk: Somatisk (onkologi). Antall studier, studiedesign og land: 36 studier (32 kval., 2 mixed, 2 kvant.) USA (19), UK (3), Australia/Australasia (4), Norge (2), Israel: (1), Iran (1), Mexico (1), Frankrike (1), Danmark (1), Korea (1), Taiwan (1), studie med tre europeiske land (1). Hovedresultater: Unge inkluderes ikke alltid på ønsket nivå i kommunikasjon og beslutninger. Støttepersoner kan både fremme og hindre autonomi. Behov for privat samtaleid med helsepersonell er stort, men ikke alltid ivaretatt, noe som kan undergrave tillit, ønske om medvirkning og etterlevelse. Når ungdom ikke får velge medvirkningsnivå, trues autonomien og relasjonene belastes.</p>
Davies (2015)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å gjennomgå litteraturen om barns involvering i helsehjelp, samt å sammenligne helsepersonells og barns egne oppfatninger. Definisjon av medvirkning: Midlertidig og avhengig av alder, erfaring, profesjonelle holdninger og samarbeid med foreldre. Handler om å gi barn informasjon, inkludere dem i beslutninger og sikre at deres stemme blir hørt. Populasjon: Barn og ungdom med ulike helsetilstander, samt helsepersonell. Kontekst/tematikk: Somatisk, blandet. Antall studier, studiedesign og land: 8 kvalitative studier fra Storbritannia (1), England (1), Irland (4), Israel (1), Sverige (1). Hovedresultater: Barn føler seg styrket og verdsatt når de får delta i beslutninger, men møter barrierer som alder, kjønnsroller, helsepersonells frykt for spørsmål, foreldres innflytelse og mangelfull kommunikasjon. Eldre og mer erfarne barn inkluderes oftere. Ekskludering og mangel på tilpasset kommunikasjon er vanlig, men når barns synspunkter tas på alvor, opplever de trygghet og glede.</p>
Gon- dek (2017)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å systematisk gjennomgå faktorer som påvirker person-sentrert omsorg (PCC) i barne- og ungdoms-psykisk helse fra perspektivene til brukere, pårørende og fagfolk. Definisjon av medvirkning: Ikke eksplisitt; forstås som brukeres involvering i beslutninger og behandling. Populasjon: Barn/unge (opp til 25 år), foreldre/omsorgspersoner, fagpersoner i psykisk helse. Kontekst/tematikk: Psykisk helse. Antall studier, studiedesign og land: 23 kvalitative studier fra UK (10), USA (4), Skottland (1), Sverige (2), Irland (1), Australia (2), Hongkong (1), Canada (1), Belgia (1). Hovedresultater: Medvirkning påvirkes av alder, symptombyrde og konfidensialitet. Eldre unge opplever lettere medvirkning i takt med økt selvtillit. Barrierer er bl.a. utilstrekkelig informasjonsdeling og mangel på aldersadekvate ressurser; fasilitatorer er å bli lyttet til, respekt for mening og tydelig informasjon. Foreldreinvolvering kan både støtte og hindre, avhengig av rolleavklaringer.</p>
Gray (2022)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å systematisk kartlegge forskning på person-sentrerte praksiser (PCP) i skolen for elever med SEMH-behov (Social, Emotional and Mental Health) og hvilke utfall disse praksisene har. Definisjon av medvirkning: Aktiv involvering av barn/unge og familier i beslutninger; å gi elevene en tydelig stemme og styrke relasjoner. Populasjon: Barn/unge (5–17 år) med SEMH, foreldre, skolepersonell, PP-tjenester/EPs (educational psychologists). Kontekst/tematikk: Skole, psykisk helse/funksjonsnedsettelse. Antall studier, studiedesign og land: 10 studier, hovedsakelig kvalitative, noen mixed; UK (9) og Australia (1). Hovedresultater: PCP-møter setter barnet i sentrum, fremmer tilhørighet og jevnere maktbalanse, og øker likeverdig medvirkning. Relasjoner forbedres (mer foreldreinvolvering, bedre kommunikasjon). Fasilitatorens rolle er kritisk for å sikre likeverd og håndtere makt. Innledende uro dempes når møtene er trygge og uformelle.</p>
Hug- hes (2018)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å identifisere barrierer/fasilitatorer for unges medvirkning i egen avansert behandlingsplanlegging (ACP/Advance care planning), hvem som deltar, når prosessen starter og hvordan aktører engasjeres. Definisjon av medvirkning: Ikke eksplisitt definert; implisitt som engasjement/involvering i ACP. Populasjon:</p>

	<p>Ungdom 13–24 år med kreft, HIV/AIDS, livsbegrensende/-truende sykdommer; helsepersonell. Kontekst/tematikk: Somatisk (palliasjon/ACP). Antall studier, studiedesign og land: 22 studier (15 kvant., 3 kval., 4 mixed) fra USA (15), UK (4), Frankrike, Tyskland, Japan (1 hver). Hovedresultater: Medvirkning er ujevn og hemmet av dårlig/timing av kommunikasjon. Unge er opptatt av praktiske aspekter, men får ikke alltid mulighet til å delta. Strukturert oppfølging, gode relasjoner og alders-/utviklingstilpasset, tydelig og rettidig kommunikasjon øker engasjement, reduserer stress/angst og hjelper unge å uttrykke ønsker for livets slutt.</p>
Juul (2025)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å undersøke hvordan yngre barn (0–12) inkluderes i barnevern/barnebeskyttelse og identifisere kunnskapshull siden 2015. Definisjon av medvirkning: Rettighets- og beslutningsprosess forankret i Barnekonvensjonen art. 12; del av bredere «inkludering» (samarbeid/partnerskap). Populasjon: Yngre barn, foreldre/fosterforeldre, barnevernprofesjonelle. Kontekst/tematikk: Sosiale tjenester/barnevern. Antall studier, studiedesign og land: 30 kvalitative studier fra UK (9), England (1), Norge (5), Nederland (2), Estland (2), Ghana (2), Spania (3), Australia (2), Italia (1), Singapore (1), Tyskland (1), Sverige (1). Hovedresultater: Yngre barn posisjoneres som objekter heller enn aktive deltakere; begrenset innflytelse og informasjon. Formelle møter er lite barnevennlige; én-til-én relasjoner og dialogiske, barnevennlige tilnæringer bygger tillit og medvirkning. Anbefaler systematiske tilrettelegginger for alderstilpasset medvirkning.</p>
Jørgensen (2023)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å meta-analysere kvalitative studier om barns/unges individuelle medvirkning i sosiale tjenester og utdype deres perspektiver. Definisjon av medvirkning: Partnerskap med gjensidig informasjonsutveksling og aktiv involvering i dialog og beslutninger; kjernen er å være informert og ha reell innflytelse. Populasjon: Barn/unge i risiko (4–23 år) i sosiale tjenester. Kontekst/tematikk: Sosiale tjenester/barnevern. Antall studier, studiedesign og land: 25 kvalitative studier fra Tyskland (1), New Zealand (1), Finland (2), Nederland (1), UK (4), Norge (5), Australia (2), Estland (3), USA (2), Sør-Afrika (1), Sverige (1), Ghana (1), Portugal/Spania (1). Hovedresultater: Barn ser medvirkning som samarbeid/partnerskap. Transparent informasjon gjennom hele prosessen og relasjoner preget av lytting er avgjørende. Maktfølsom praksis styrker barns påvirkningsmuligheter.</p>
Kenan (2018)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å syntetisere evidens om hvorvidt og hvordan prosesser støtter barns medvirkningsrettigheter i barnevern/alternativ omsorg. Definisjon av medvirkning: I tråd med FNs barnekonvensjon art. 12 og Lundy (2007): retten til å uttrykke syn og få dem tillagt vekt. Populasjon: Barn i barnevern, barnebeskyttelse og alternativ omsorg; profesjonelle/foreldre. Kontekst/tematikk: Sosiale tjenester/barnevern. Antall studier, studiedesign og land: 20 studier (17 kval., 2 kvant., 2 mixed) fra UK (14), Irland (1), Norge (1), Australia (1), Canada (1), Tyskland (1), Belgia (1). Hovedresultater: Bruk av uavhengige talspersoner (advocates) øker uttrykk for syn og påvirkning. Barns tilstedeværelse på møter styrker medvirkning; flere møter → mer sjanse for å uttrykke syn og påvirke. Tillitsfull relasjon til saksbehandler er nøkkel. Effekt påvirkes av forberedelse, møtenes formalitet, kommunikasjonsevner, maktbalanse og støtte fra profesjonelle/foreldre.</p>
Kim (2017)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å undersøke hvordan helsepersonell kan styrke interpersonlig kommunikasjon med ungdom/unge voksne for bedre helseutfall. Definisjon av medvirkning: Ikke eksplisitt; sentralt er tillit, inkludering og autonomi som grunnlag for aktiv medvirkning. Populasjon: Ungdom/unge voksne 11–29 år med/uten kronisk sykdom/funksjonsnedsettelse; helsepersonell. Kontekst/tematikk: Somatisk og psykisk helse (inkl. funksjonsnedsettelse). Antall studier, studiedesign og land: 23 studier (11 kval., 8 kvant., 4 mixed); fra Nederland (1), Polen (1), Spania (1), UK (3), USA (14), Sør-Afrika (1), Sverige (1), Norge (1). Hovedresultater: Unge ønsker gjensidig samspill med foreldre og helsepersonell, samt kontroll over personlig informasjon. Humanistisk tilnærming bygger tillit/emosjonell trygghet og motiverer til helsefremmende endring. Åpne spørsmål og imøtekommende stil fremmer medvirkning. Anbefaler strategier for å håndtere barrierer i sensitive samtaler og klargjøre juridiske/profesjonelle rammer.</p>
McTavish (2022)	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å metasyntetisere fosterbarns perspektiver på medvirkning i barnevernets prosesser for å informere politikk og praksis. Definisjon av medvirkning: Å ta del i aktiviteter/beslutninger, bli lyttet til/konsultert; spekter fra passiv lytting til aktiv beslutningstaking. Populasjon: Barn i ikke-familære fosterhjem, 4–19 år, variert etnisitet og oppholdstid. Kontekst/tematikk: Barnevern (sosiale tjenester). Antall studier, studiedesign og land: 25 artikler (22 studier) fra Australia (1), Canada (2), Danmark (1), England (7), Finland (1), Israel (1), Nederland (2), Nord-Irland (1), Skottland (1), Sverige (2), USA (3). Hovedresultater: Ønsket medvirkningsnivå varierer; relasjonskvalitet (rettferdighet, ærlighet, inkludering) er sentralt. Mangel på informasjon er utbredt. Fasilitatorer: verdsettelse, inkludering i</p>

	<p>beslutninger, tilhørighet, følelsesstøtte. Barrierer: informasjonsvakuum og undertrykkende maktforhold. Relasjonsbygging fra saksbehandlere bør prioriteres.</p>
<p>Pyke-Grimm (2020)</p>	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å oppsummere kunnskapen om AYA (adolescents and young adults, 7–24 år) med kreft og deres medvirkning i behandlingsbeslutninger (TDM / treatment decision making), inkludert påvirkningsfaktorer og kontekster. Definisjon av medvirkning: Involvering i TDM i tråd med alder, utviklingsnivå og sykdomsfase; preferanser og perspektiver på ansvar/rolle. Populasjon: AYA med kreft, foreldre, HCP (healthcare providers). Kontekst/tematikk: Somatisk (onkologi). Antall studier, studiedesign og land: 21 studier (15 kval., 6 kvant.) fra USA (11), UK (1), Nederland (3), Sveits (2), Australia (1), USA+Australia (1), USA+Canada (1), Irland (1; enkelte multisenter). Hovedresultater: Mange deltar ikke på ønsket nivå; samarbeid med foreldre/HCP foretrekkes. De ønsker informasjon og autonomi, men ofte ikke fullt ansvar. Kunnskapsmangel og kommunikasjonsbarrierer hemmer medvirkning, særlig ved kliniske studier. Medvirkningen utvikles over tid.</p>
<p>Toros (2024)</p>	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å undersøke barns erfaringer med medvirkning i barnevernssaker (CPS / child protective services) ved vold/omsorgssvikt og identifisere kunnskapshull. Definisjon av medvirkning: Krever dialog, informasjon, uttrykksrom og reell innflytelse i vurdering og beslutninger; advarer mot tokenisme. Populasjon: Barn 6–20 år (én studie bredere), med CPS-erfaring. Kontekst/tematikk: Barnevern (sosiale tjenester). Antall studier, studiedesign og land: 13 kvalitative studier fra UK (5), Estland (2), Spania (1), Nederland (1), USA (1), Israel (1), Litauen (1), Ghana (1). Hovedresultater: Medvirkning er ofte begrenset og symbolsk; kommunikasjon er ensidig og formalisert. Barn ønsker å bli hørt og tatt på alvor, men kobles sjelden på vurderinger/beslutninger. Yngre barn rammes særlig av manglende alderstilpasset info. Fokus på foreldres rettigheter trumfer ofte barnets perspektiv. Anbefaler barnevennlige prosesser og maktfølsom praksis.</p>
<p>Vik-sveen (2024)</p>	<p>Mål med den systematiske oversikten: Å utforske erfaringer/effekter/sikkerhet ved brukermedvirkning blant ungdom i psykisk helsevern. Definisjon av medvirkning: Dynamisk prosess med samarbeid/partnerskap på flere nivåer; inkluderer delt beslutningstaking, aktiv medvirkning i planlegging/implementering/evaluering; «brukermedvirkning» og «brukerinvolvering» brukt om hverandre. Populasjon: Ungdom 13–18 år (79 %), foreldre (13 %), helsepersonell (7 %). Kontekst/tematikk: Psykisk helse. Antall studier, studiedesign og land: 36 studier (28 kval., 8 kvant.) fra Norge (4), USA (10), Canada (6), UK (7), Australia (4), Irland (1), Nederland (2), Tyskland (2). Hovedresultater: Aktiv involvering øker motivasjon, oppmøte og behandlingsfortsettelse; reduserer behov for tvang og frafall. Fasilitatorer: toveis informasjonsutveksling, tillit, felles beslutningstaking (shared decision-making), og sosial/praktisk støtte. Medvirkning avhenger av ungdommens ønske/kapasitet og helsepersonells evne til å tilrettelegge.</p>

Utgitt av Folkehelseinstituttet
Juni 2026
Postboks 222 Skøyen
NO-0213 Oslo
Telefon: 21 07 70 00

Rapporten kan lastes ned gratis fra www.fhi.no