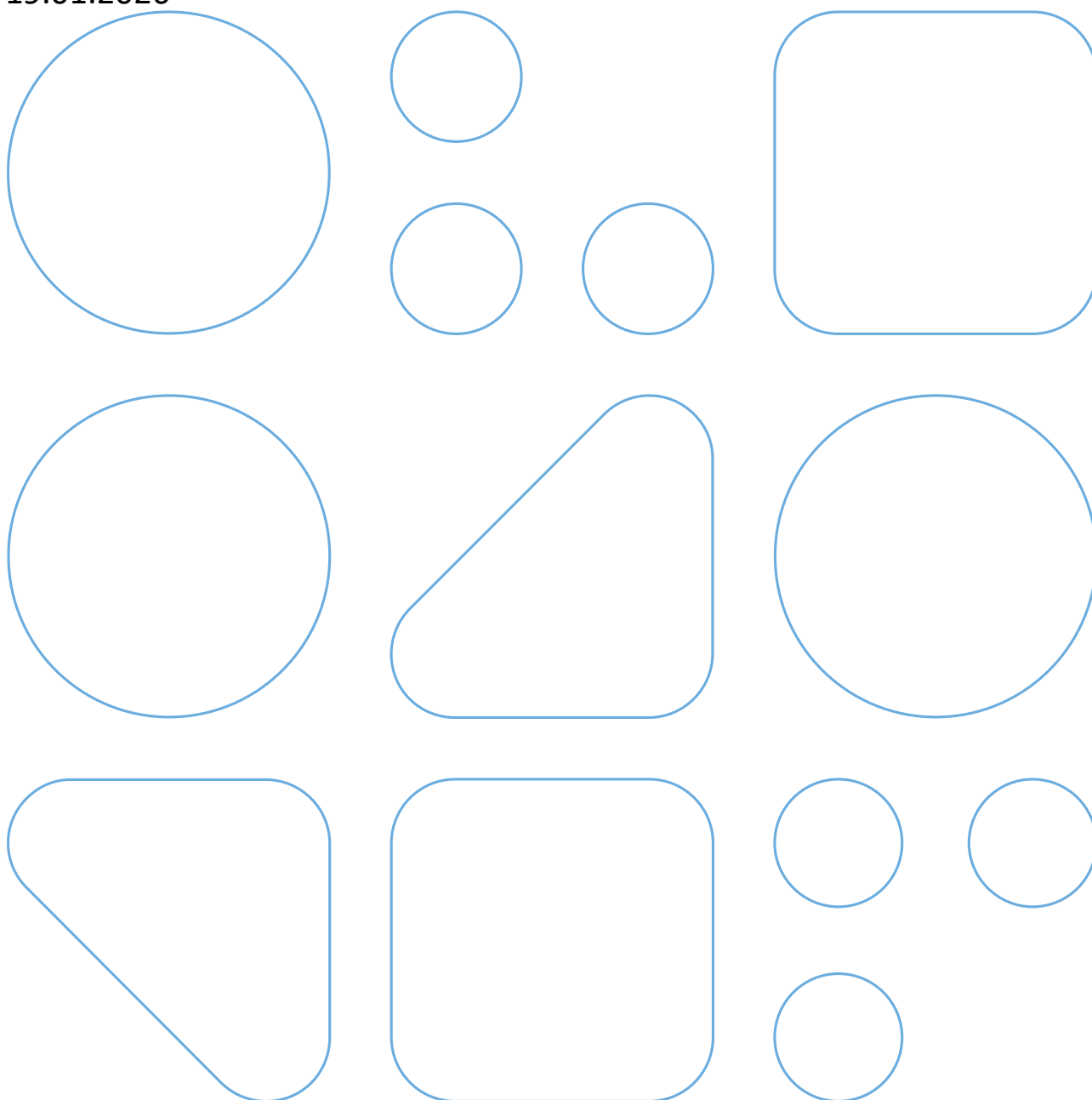


Sluttrapport

Oppsummering 15 år som foretakskoordinator for barn som pårørende Ahus

Erfaringer og refleksjoner

19.01.2026



Innhold

Oppsummering 15 år som foretakskoordinator for barn som pårørende Ahus.....	3
1. Skape en følelse av nødvendighet for endring.....	4
2. Etablere noen «venner» av villige som vil støtte endringen	7
3. Utvikle mål, hensikt for tiltaket.....	8
4. Kommunisere hensikten ut og ned i organisasjonen	9
5. Fanebærere – barneansvarlig etablering	10
6. Vis frem kortsiktige resultater	11
7. Oppsummer/konsolider og sørg for mer endring	12
8. Forankre endringen i sykehuskulturen.....	13

Oppsummering 15 år som foretakskoordinator for barn som pårørende Ahus

Erfaringer og refleksjoner, av Tove Bergh, februar 2026

Oppsummering av implementering av barn som pårørende oppgaver på AHUS, kan beskrives som en endringsreise. I denne rapporter tar jeg med noen av mine erfaringer med utgangspunkt i koordinatorstillingen. Stillingen er plassert i stab; Samhandlings- og helsefremmingsavdelingen. Rapporterer til leder av samme avdeling, og avdelingen er en av stabene til fagdirektøren.

Barn som pårørende lovverket kom i 2010, og Ahus hadde på dette tidspunkt en avdeling som het «Senter for helsefremmende og forebyggende arbeid». Denne avdelingen hadde fulgt med på regjeringens beslutning om å etablere Helsepersonell loven med §10a, og Spesialisthelsetjenesteloven §3-7a. Når lovverket var på plass ble det jobbet frem et forslag til sykehusets ledergruppe om å opprette et årsverk som skulle bidra til implementering av det nye lovverket. På dette tidspunkt var det allerede en del aktiviteter på sykehuset knyttet til barn som pårørende, og flere avdelinger som arbeidet med implementering av temaet. Etter en prosess ble det besluttet og samle flere små stillingsbrøker til en 100% stilling. Jeg ble tilbudt stillingen, og jeg begynte i stillingen 1. februar 2011.

Overordnet mål med stillingen var å sørge for aktiviteter som bidro til at sykehuset arbeidet i henhold til lovverket knyttet til barn som pårørende ved hjelp av funksjonen barneansvarlige.

Når jeg nå ser tilbake på hvordan jeg har arbeidet kan jeg oppsummere det som endringsledelse. Raskt fant jeg ut at lov, rundskriv, veiledere og retningslinjer ikke var nok, til at de nye lovene ble omsatt til oppgaver som ivaretok barn som pårørende (BSP). Nå etter 15 år er BSP i stor grad blitt en integrert del av sykehusets oppgaver. En visjon er at BSP til enhver tid er en naturlig del av hver enkelt pasientbehandling som faller inn under Hpl. §10a, men veien dit er lang, og vil fortsatt kreve en vedvarende endringsprosess.

Jeg har i denne oppsummeringen beskrevet mine erfaringer inspirert av teoretisk modell «Kotters endringsledelse», som gir følgende kapitler:

1. Skape en følelse av nødvendighet for endring
2. Etablere noen «venner» av villige som vil støtte endringen
3. Utvikle mål, hensikt for tiltaket
4. Kommunisere hensikten ut og ned i organisasjonen
5. Fanebærere – barneansvarlig etablering
6. Vis frem kortsiktige resultater
7. Oppsummer/konsolider og sørg for mer endring
8. Forankre endringen i sykehuskulturen

1. Skape en følelse av nødvendighet for endring

Min erfaring med endringsmotstand - hindringer

Felles faktorer for hindringer og motstand til gjennomføring av endringer/implementering BSP på sykehus:

- Alle har nok å gjøre, «trenger ikke en oppgave til.»
- Endringer er krevende, ikke nødvendigvis ønsket
- Utsagn: «Vi jobber med voksne, kan ikke snakke med barn»
- Barneansvarlig lovpålagt, ja vel, men ingen budsjettøkning til stillinger for å gjøre jobben

I 2011 var jeg med på avdelingsmøte med legene i kirurgisk divisjon, etter presentasjonen som jeg holdt, så jeg oppgitte blikk og leger som sa: «**Skal vi bekymre oss for barna også?** Oppgavene er mange og helsepersonell opplever liten tid til primæroppgavene, og BSP ble opplevd som en sekundæroppgave en ikke hadde tid til.

Endringsmotstand er påregnelig ved enhver endring, men det som ble særskilt utfordrende knyttet til BSP, er at sykehus primært er organisert etter individfokus, og lite systemisk organisert og eller forstått. Systemisk forståelse bygger på teoretiske ideer om at personers problemer og utfordringer må forstås i lys av konteksten de er i, og at problemer/utfordringer de opplever er skapt i sosiale relasjoner. Helsepersonell som skal arbeide med BSP må skaffe kunnskap om hvordan sykdom i et individ leves ut og erfares i et familiesystem.

I oppstarten med arbeidet knyttet til BSP, møtte jeg helsepersonell som tenkte at oppgaven med BSP primært var å finne ut om barna fikk god nok omsorg. Det var knyttet til gode intensjoner, men ble for mange behandlere en vanskelig oppgave å finne ut av, for det opplevdes som å få en «kontrollør rolle» i forhold til sin pasients omsorgsevne som mor/far. Det førte til at noe helsepersonell vegret seg for å samtale med pasienten om hvordan barna hadde det.

Min erfaring ble at vi måtte ha søkelys på lidelsens innvirkning på familien. En sykdom/skade/lidelse/avhengighet flytter ikke bare inn i en kropp, men inn i et hjem. Hvordan sykdom uttrykkes i hjemmet, er det vi skal i samarbeid med foresatte om, og å sørge for tilstrekkelig informasjon og nødvendig oppfølging i forhold til. Dette er oppgaver knyttet til Hpl. §10 a, mens bekymring for barns omsorg er knyttet til Hpl. §33, og disse lover kan være overlappende.

Felles faktorer som kan fremme følelse av nødvendighet for endring/implementering:

Familiens historier

Familiens historier påvirker oss alle i både hjerte og hode, og kan fremme nødvendigheten av endring i fokus for helsepersonell fra individ til familie, og dermed fremmer implementering av oppgaver knyttet til BSP.

Eks. på historie som fremmer forståelsen av BSP på egen avdeling:

Barneansvarlig (B.ans.) på akuttmottak sa; jeg husker den gang: «Mor innlagt, 3 år gml. barn hjemme alene, vi spurte om hun hadde barn før hun forsvant inn i tåka. Vi varslet barnevernsvakten. De fant barnet alene med levende lys».

En annen historie: Far innlagt, han hadde løpt rusa rundt i nabolaget naken før han ble lagt inn, igjen. Hjemme satt ei jente på 10år som hadde levd alene med rusavhengig far fra hun var 6år. Hvorfor hadde vi ikke oppdaget jenta før, han hadde vært lagt inn mange ganger?» (fra B.ans. Mari)

I rundskrivet som fulgte lovverket i 2010 var det med et kartleggingsskjema som skulle fylles ut. Helsepersonell hadde ulike opplevelser av denne oppgaven, en del avdelinger leverte bare ut «kartleggingsskjema» til pasienten som var mor/far, og bad dem fylle det ut, for så å legge det inn i DIPS. Det var en forståelse av plikten i Hpl. § 10a, men ikke av hensikten med Hpl. § 10a.

Jeg erfarte at «kartleggingsskjema-plikten» i seg selv ikke gav de gode samtalene, og flere helsepersonell synes det var vanskelig å forstå hensikten med kartleggingsskjema. En sykepleier ringte meg og spurte: «Nå har jeg fått fylt ut skjema, og lagret det i DISP, er jeg ferdig med BSP plikten da?» Intensjonen med spørsmålet var veldig god, men hensikten med BSP oppgavene er å gi familiene nødvendig informasjon og oppfølging som er hjelpsom for familiene i en krevende sykdomssituasjon. Et av spørsmålene jeg stilte tilbake til sykepleieren var: «har familien fått den informasjonen de trenger til å snakke med barna om sykdomsforløpet?».

Et annet spørsmål jeg fikk fra helsepersonell: «hva skjer med kartleggingsskjema, er det noen som gjør noe med det?». Når helsepersonell oppdaget at den eneste som fikk noe til å skje var den jobben de selv gjorde, kunne det gi ny motstand mot BSP oppfølging. Helsepersonell kunne vegre seg for å begynne å samtale om barna og familien, for en kjente på en hjelpeløshet i forhold til hva en skulle gjøre med den informasjonen en fikk, en hadde ikke kjennskap til mulige tiltak, eller tid til å lete etter tiltak som kunne passe familiens behov.

Min erfaring ble at samtalen med pasient og familie ofte blir bedre når vi byttet ut «skjematisk kartlegging» med empatisk nysgjerrighet på familienes historier. Det ble samtaler som bygger på dialog om familienes hverdagsliv, og i fellesskap fant de lettere finne løsninger på familiens behov. Historien får bedre frem behovene som oppstår som følge av sykdommer/lidelser/skader gir. Helsepersonell får en bredere forståelse av sykdommens konsekvens, og endring fra individ til familiefokus fremstår som mer nødvendig.

Kartleggingen kan bli oppfattet som en informasjonsinnhentings plikt, og et skjema som skal fylles ut og lagres, men dersom en har søkelys på familiehistorien kan kartleggingsskjema BSP bli et strukturert sted å dokumentere punkter fra historien, noe jeg erfarer gir bedre dokumentasjon enn opplisting av informasjon.

Verktøy en faktor som kan fremme følelse av nødvendighet for endring/implementering:

Helsepersonell har opp igjennom årene etterspurt verktøy for å snakke med barn og foreldre, og det har igjennom årene blitt laget mange gode; filmer, e-læringer, samtaleverktøy, bøker, brosjyrer, forskningsrapporter, presentasjoner, m.m.

En erfaring er utfordring knyttet til å få helsepersonell til faktisk å ta det i bruk de verktøyene de etterspør. Samtaler med pasient og familier er en treningssak, men erfarer at en aldri blir utlært i oppgaven. Det kan være en terskel å komme i gang med familiesamtaler, mange vegrer seg for å begynne å trene på det. Istedenfor tenker en at flere «snakkeverktøy» vil gjøre det enklere å komme i gang. Verktøy må oppleves nyttig, og for at avdelinger skal oppleve et gitt verktøy nyttig, så er det faktisk noen på avdelingen som bruker dem, og de blir «fanebærere» som får flere til å ta dem i bruk. Verktøy som brukes er opplevd som nyttige og relevante for å få jobben gjort på best, og enklest mulig måte. Ulik avdelinger har behov for forskjellige verktøy, fordi sykdomsuttrykk og

behandlingsforløp er forskjellige. Verktøyene må oppleves relevante og enkle for hver avdeling og lett tilgjengelig for å bli tatt i bruk.

F.eks.:

- Filmer – må oppleves som nyttig og relevant å vise for noen (eks.: hvorfor skal noen se superhelten Sara, eller Familieråd Bufdir?)
- E-læring – for å lære må en ønske kunnskapsheving – hva er det jeg ønsker å bli bedre på? (eks. bekymringsmelding til barnevernet, må oppleves å gi svar på det en lurte på)
- Kompetanseplan – må oppleves lærerikt for å gi reell økt kompetanse, må være mer enn en plikt som en skal klikke seg igjennom
- Brosjyrer, bøker, artikler, presentasjoner må være kjent og ansees som god informasjonskilde, eller som et godt samtaleverktøy for å bli brukt. Gi en opplevelse av nyttig for helsepersonell selv, og eller for å gi andre ny innsikt
- Samtaleverktøy – må f.eks. oppleves å gi bedre BSP samtaler, og hjelp til barna. En må ha tid til egentrening, og se at det fungerer i sin egen praksis, eks. kan «barnespor» være nyttig for noen: [BARNESPOR | Når barn er pårørende innen rus og psykisk helse](#); eller familiemodellen er nyttig for andre: [The Family Model-Family Focused Practice](#); eller for andre igjen kan det være ulike verktøy for å snakke med barn, som f.eks. [Jeg vet](#).
- Prosedyrer/rutiner – må oppleves å forenkle jobben, samt sikre at oppgavene blir gjort mer riktig
- Ulike Dips skjemaer, må forstås som kvalitetshevende og meningsfullt
- Pårørende kurs (SMIL) krever f.eks. at noen ser viktigheten av tilbudet til fam. og dermed rekrutterer

Ulike pasient/familie samtale og -undervisningsverktøy passer til ulike situasjoner og utfordringer for familien

Min erfaring er at det har vært nyttig å kunne dele de ulike somatiske sykdom/skade inn i 3 grupper for derved å lage presentasjoner og undervisningsopplegg som passer de ulike gruppene;

1. Sykdommer/skader en kan bli frisk av
2. Sykdommer/skader en må leve med (diabetes, MS, epilepsi, m.fl.)
3. Sykdommer/skader med kort forventet levetid (ALS, noen typer kreft osv.)

Innen psykiske helse og avhengigheter, har jeg erfart 5 ulike grupper med utfordringer for pasient og familier:

1. Psykiske utfordringer en blir helt frisk av (eller symptomfri over år)
2. Psykiske utfordringer som svinger raskt i perioder
3. Psykiske utfordringer en kan leve godt med når en får gode medisiner
4. Psykiske utfordringer en dessverre blir veldig syk av, og få utsikter til bedring
5. Ulike grader og typer av avhengighet

Samtale tilnærming til de ulike pasient/familie gruppene kan forstås ut ifra ulike symptomtrykk, det vil si hvordan ulike diagnoser påvirker foreldre/søsken funksjonsnivå. Derav blir samtalen med foreldre/barn/familie knyttet til den forandringen sykdommen/lidelsen bringer med seg til pasient og deres foreldrerolle. For som tidligere nevnt, symptomuttrykket flytter ikke bare i en kropp, men inn i familien og det er det barna merker, trenger å forstå og må forholde seg til i hverdagen.

Verktøyene som helsepersonell kan benytte kan være koplet til diagnose, f.eks. Tytti Solantaus sitt hefte «Håndbok for foreldre med psykiske problemer», eller brosjyrer som vi har laget og lagt ut på Kompetansebroen. [Brosjyrer og plakater- Barn som pårørende - Kompetansebroen](#). Eller Diakonhjemmets [foreldreveiledning-ved-depresjon.pdf](#). Innen somatikken har en også alle brukerorganisasjonenes sine hjemme sider, og pårørende sider. F.eks. [Barn og ungdom som pårørende – Kreftforeningen](#), [Unge pårørende - Pårørendesenterets egen ressurs for barn og unge pårørende mellom 7-18 år \(ungeparørende.no\)](#), og mange flere.

Mine erfaringer er at de avdelinger som finner frem noen verktøy som passer til deres «diagnoser» kan forenkle implementeringsprosessen ved å gjøre verktøyene lett tilgjengelig for helsepersonell på egen avdeling. Når helsepersonell snakker med foreldre/familie ut ifra sine fagkunnskaper knyttet til «diagnoser» de er gode på, kan fagkunnskap forenkle samtalen med pasient og familien, og det kan fremme implementering av BSP. Helsepersonell har mer enn nok fagkunnskap om hvilke generelle utfordringer de enkelte sykdommer/lidelser/skader/behandlinger gir på den som er syk. Når fagkunnskapen om generelle sykdomsutfordringer brukes i familiesamtalen, handler samtalen om hvordan sykdommen/lidelsen/skaden og behandlingen virker inn på kropp og sjel, og utforsker hvordan den påvirker foreldre/søsken rollen og familien.

Når en samtaler ut fra et «trygt» kunnskaps ståsted kan helsepersonell oppleve at det er tryggere å gjennomføre en samtale om hvordan familien har det, om foreldreskap, nettverk osv., og samtalen blir i mindre grad preget av at det er en «kartlegging». Når en først har samtalt om hvilke utfordringer sykdom/lidelsen generelt gir, kan en spørre pasient/familie om hvordan sykdom/behandling påvirker familiens totale omsorgskapasitet og omsorgskompetanse. Og eller hvordan det går med barna i lys av sykdommens konsekvens? Når familiesamtalen handler om utfordringer knyttet til sykdommen/skaden og behandlingen, er helsepersonell på «hjemmebane» rent faglig, noe som kan øke motivasjonen til å sette mer systematisk søkelys på hele familiens behov.

2. Etablere noen «venner» av villige som vil støtte endringen

Barn som pårørendearbeidet trenger «venner» for å lykkes.

Når jeg begynte i 2011, stilte jeg meg selv spørsmålene: Hvem kan noe om dette område? Hvem er gode på BSP? Hvem er villige til å dele?

BarnsBeste ble viktige «venner», og gjennom nettverk i BarnsBeste ble jeg kjent med de som hadde jobbet lengre enn meg med temaet, og jeg kunne hente fra andre det de hadde gjort. Mitt motto ble at det var unødvendig å finne opp kruttet, hvis det allerede var oppfunnet!

Viktig med venner i kommunene

Jeg trengte også «venner» i enkelte avdelinger og kommuner. Jeg fikk mulighet til å bli medlem i ulike fora, og i de ulike foraene fikk jeg mulighet til å fremme BSP. De ulike fora gav «venner», og mulighet til å starte endringstiltak for å oppnå mål og hensikt. Jeg satte aldri i gang et prosjekt uten «venner».

Et prosjekt som var helt avhengig av venner var f.eks. EDI skjema. Det ble til ved at jeg var medlem i samhandlings fagforum «Mestring». Det var et fora hvor vi hadde mulighet til å bli litt kjent med alle kommunene, gjennom representanter for de ulike kommuneområdene. Her fikk jeg mulighet til å fremme barn som pårørende tema, og å drøfte hvilke tiltak som kunne være nyttig for bedre å fange og følge opp BSP sammen. Jeg satte søkelys på Mulitsenterstudien som gav anbefaling om at BSP tiltak burde gjøres på tvers av sykehus og kommune, og på tvers av voksen og barnetjenestene. Fagforumet ble «venner» som åpnet dører til kommunene og inn i sykehuset. Etter at vi hadde hatt workshop med kommunene og noen avdelinger på sykehuset, så fikk vi i stand EDI skjema med hjelp fra Dips folk og BarnsBeste.

Viktig med venner blant barneansvarlig og koordinerende barneansvarlig

Sykehuset fikk etter hvert mange barneansvarlig, noen barneansvarlig hadde stort engasjement og mulighet til å utøve barneansvarlig rollen, andre mindre. Jeg så etter hvem jeg kunne ha tett samarbeid med. De ble «vennene» som jeg samarbeidet mest med. De ble også fanebærere i egen avd. og viktige pådrivere til endring og forbilde for andre barneansvarlige.

Viktig med venner i barnevernet – Hpl. §33 bekymring for omsorgen.

Jeg har i flere år hatt tett samarbeid med barnevernsvakten på Romerike. Det har gitt kompetanseheving både til meg og til helsepersonell på sykehuset, og vi har utviklet et tett og godt samarbeid. Det er nå inngått samarbeidsavtale mellom Ahus og barnevernsvakten (B.vakt)på Romerike, som blant annet omfatter at:

- Helsepersonell kan ringe B.vakt. direkte t.nr. 24/7/365.
- B.vakt deltar med innlegg på årlig fagdag og en gang i året på hver b.ans. refleksjonsgrupper
- B.vakt bidrar med undervisninger på avdelingene, m.m.

Vi ringer ofte for å drøfte saker, både med b.vakt og lokalt barnevern; f.eks. kan helsepersonell ofte være i tvil om omsorgen er god nok, eller om hvor bekymret er vi egentlig, er vi så bekymret at opplysningsplikten er utløst? Og vi bør sende bekymringsmelding? Eller når noe oppstår akutt, kan vi ringe b.vakten, de kan reise hjem til familien og sjekke om hvordan det står til med barna.

- Jeg hadde familiesamtale etter forespørsel fra ARA des./25. Datter 13år, bor hos far og ny samboer. Mor innlagt. Etter samtale med fam. ringte jeg b.vern, mor vil gjerne ha samvær med datter, og mener far ødelegger for det og at han bare lyver. Etter familiesamtalen var det vanskelig for meg å si hvem som «lyver». B.vern sier: hva tenker du at vi kan gjøre i denne sammenheng? Jeg foreslo familieråd, mulig det blir det.

Jeg erfarer at gode løsninger blir enklere å finne, når en har noen «venner»

3. Utvikle mål, hensikt for tiltaket

Målet med foretakskoordinator stillingen var å bidra til at Ahus innfrir BSP lover fra 2010, bl.a. Sphtj. §3-7a/Hpl. §10a. Jeg ble ansatt i en nyopprettet stilling, og rammen for stillingen var at det var kommet et lovverk som skulle gjennomføres. Utover det fikk jeg «blanke ark og fargestifter».

Noe av det første jeg gjorde var å lage **stillingsbeskrivelse** med mål og hensikt, og fikk forankret den i **kvalitetssystemet** som en foretaksovergripende stilling. En skriftlig forankring av stillingen har vært en av flere faktorer som har gitt stillingen et stabilt fotfeste. (Ledere har kommet og gått. De har hatt

ulike interesser og fokus, men med en fortaksovergrepene prosedyrer har jeg hatt en foretaksovergrepene forankring via ledergruppe og fagdirektør som jeg har kunnet vise til.)

I starten på mitt arbeid, spurte jeg meg selv: Hva vil Ahus oppnå med BSP arbeidet? Jeg fikk lite klare svar, men lagde enkel mål/visjon og nedfelte det i foretaksovergrepene prosedyre:

- *«At alle barn som pårørende føler seg tilstrekkelig sett, hørt og ivaretatt av helsepersonell gjennom samarbeid med foresatte».*

Hvordan oppnå det?

- *«Alle ansatte som gir helsehjelp til pasienter med mindreårige barn/søsken skal ha felles forståelse for plikten til å ivareta mindreårige barn/søsken som pårørende, jf.; helsepersonelloven § 10a og § 10b, og sikre kravene til å ha barneansvarlig personell i nødvendig utstrekning, jf spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a. Sikre lik fremgangsmåte for dokumentasjon av barn som pårørende, iht. pasientjournalforskriften (§ 8b.)»*

Prosedyrer bygger på helsefremmende og forebyggende teorier, og inngår i kvalitetssystemet.

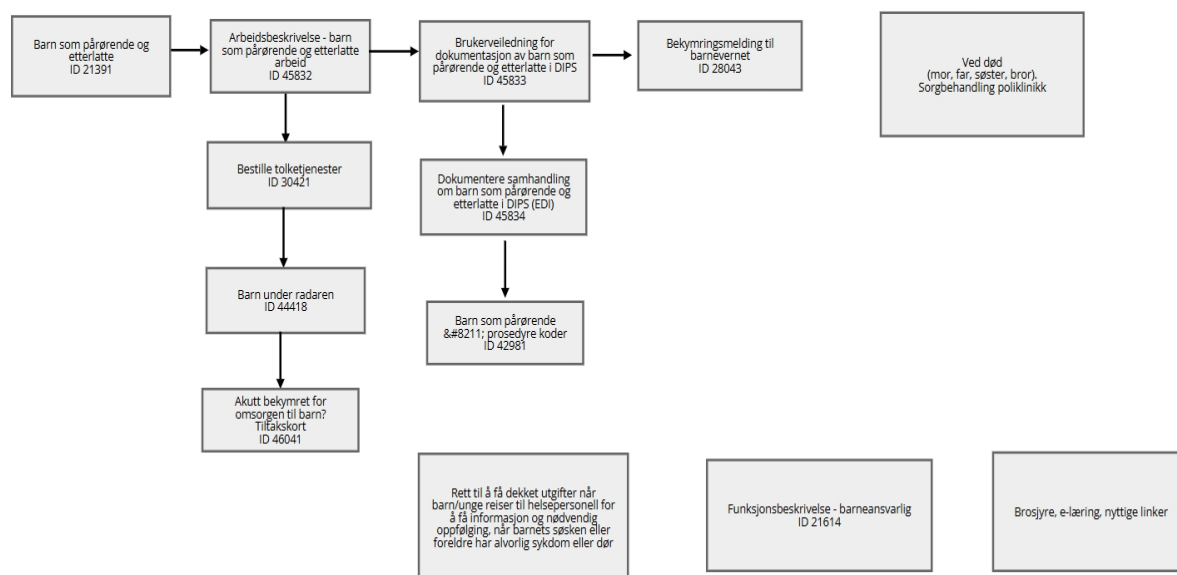
4. Kommunisere hensikten ut og ned i organisasjonen

Min erfaring er at barneansvarlig fikk en avgjørende rolle med å bringe barn som pårørende inn i organisasjonen. Sykehuset har ca 12.000 ansatte og hovedtyngden av dem arbeider pasientrettet. Det betyr at det kontinuerlig må gis opplæring, støtte, refleksjon og veiledning, og «hjelpen» må oppleves av helsepersonell å være lett tilgjengelig og klinikk relevant. Barneansvarlige var nødvendig for å komme i kontakt med så mange avdelinger, de var døråpnere og vedlikeholdere for BSP arbeidet.

I mitt arbeid har jeg lagt vekt på:

- Tilgjengelighet, både overfor ledere, barneansvarlig og helsepersonell
- Jobbet for løpende forenkling og utvikling av prosedyrer/rutiner, nettsider, e-læring, materiell, m.m.
- Styring, gjennom f.eks. sørge for:
 - løpende oversikt over b.ans.
 - utvikling og vedlikehold av Hf prosedyrer og rutiner
 - årlig fagdag på Ahus for ansatte i sykehus/kommuner
 - årsplan refleksjonsgrupper for barneansvarlig og koordinerende barneansvarlig. (4 refleksjonsgruppe-samlinger per år. x 7 ulike b.ans. grupper, og 3 ulike koor. b.ans grupper med 2 møter per år.). Gjennomfører undervisning på forespørsel m.m.
 - BSP inn på nyansatt opplæring m.m.

Eks.: Prosesskart, prosedyrer, og rutiner må oppleves enkelt å forstå og lett tilgjengelig.



5. Fanebærere – barneansvarlig etablering

Barneansvarlig ble opprettet avdeling for avdeling. Innen kreft, psykisk helse og noen avdelinger på rus var det allerede opprettet barneansvarlig før jeg begynte i stillingen.

Erfaringer knyttet til barneansvarligrollen er at den må forstås av både barneansvarlig selv, og leder før rollen blir utført etter sin hensikt.

Etter hvert fikk jeg en struktur på eget arbeid hvor jeg:

- Sender alle nye barneansvarlig en velkomst-mail, med kopi til lokal koordinator og leder. Mailen inneholder informasjon fra kvalitetsprosedyrer, nettsider m.m.
- I samarbeid med Kompetanseavdelingen får barneansvarlig tildelt kompetanseplan i kompetanseportalen. Ut ifra rapporter kan en følge opp gjennomføringsgrad av kompetanseplanen
- Registrer B.ans. og koor. b.ans inn på en mailingliste, og setter dem opp og inviterer til refleksjonsgrupper enten selv eller via koordinerende barneansvarlig
- Arrangerer og inviterer barneansvarlig til årlig fagdag
- Sender fortløpende ut løpende informasjon til b.ans. og koor. b.ans.

I kvalitetsprosedyrene forankres lederes ansvar, der står det blant annet: «Ledere er ansvarlig for: «sørge for tilstrekkelig antall barneansvarlig, og at det foreligger en praktisk ansvars- og oppgavefordeling i enheten som er formålstjenlig for å gjennomføre rutinen. Sikre at barneansvarlig personell har tilstrekkelig tid og ressurser til å ivareta sine oppgaver».

Det er nå over 180 barneansvarlig på sykehuset, og det er løpende utskifting av dem. Barneansvarlig har ulikt engasjement og eller kapasitet til å utøve i barneansvarlig rollen. Det som har vært viktig for meg er å ha oversikt over hvem er barneansvarlig på de ulike avdelingene. Videre har det vært viktig å ha dialog med leder på de avdelinger som ikke hadde barneansvarlig.

Sykehuset består av mange store avdelinger, og det har overtid vokst frem et behov for lokale koordinatorene for barn som pårørende arbeidet. Lokale koordinerende b.ans-rollen innehas ofte av fagutviklingssykepleiere og eller av sosionomer som har avsatt tid til administrativt arbeid. En oppgavene de har er å følge opp avdelingens årshjul, og dermed er det lettere å sørge for at opplæring i BSP inngår i avdelingens årshjul.

Videre følger koor. b.ans. opp hvem er b.ans. på egen avdeling, og melder fra til meg og leder dersom det er endringer på avdelingen hvem som er b.ans.

For å tydeliggjøre oppgavene til både koor. b.ans og b.ans. er de skrevet inn i kvalitetsprosedyrer, noe som gir forankring av rollene. Tar med et eksempel på oppgaver for koordinerende rollen som binder leder og koor. b.ans. sammen i kvalitetsprosedyren:

«2.1 Personell som koordinerer eller har fagansvar for barn som pårørende-arbeidet skal gi lederstøtte ved å bidra med veiledning, råd og innspill til kompetansehevede tiltak om barn som pårørende og etterlatte for helsepersonell og barneansvarlig personell».

Kompetanseplan Kompetanseportalen:

Alle B.ans. og koor. b.ans tildeles kompetanseplan barn som pårørende som en obligatorisk plan. Leder har ansvar for å følge opp den enkeltes kompetanseplan, og gjennomføringen av den. Det sikrer at leder får kunnskap om b.ans. rollen og et system for samtaleoppfølging mellom leder og b.ans. I kompetanseplanen inngår følgende:

- Leder er ansvarlig for å tilrettelegge for at barneansvarlige får utført sine oppgaver og får nødvendig oppfølging
- Leder og barneansvarlig skal avklare rollen og oppgavene. Det skal herunder avtale tid/omfang for å få utført oppgavene tilstrekkelig
- Det skal være jevnlig evaluering av rollen, for eksempel i medarbeidersamtalen

Barneansvarlig og leder skal samtale om barneansvarligrollen, og kravet skal signeres av leder når samtaler er gjennomført.

6. Vis frem kortsiktige resultater

Min erfaring er at oppgavene knyttet til barn som pårørende ofte kan foregå i det skjulte. Det blir en del av det daglige arbeidet, og omfanget av samtaler om BSP kan være vanskelig å få gjort synlig.

Imidlertid er tall fra DIPS rapporter over antall opprettet barn som pårørende journalnotat/kartleggingsskjema, antall sendte EDI, og antall opprettet sjekklister knyttet til barn under radaren, nyttige tall å bruke for å få frem omfang av BSP.

Det å synliggjøre arbeidet og omfang av arbeidet øker forståelsen og muligheten for b.ans. og helsepersonell til å utøve rollen. Dips rapporter gir også lokale koor. barneansvarlige og barneansvarlig mulighet til å gi en «råbra» plakat til enkelte helsepersonell som f.eks. har sendt EDI skjema, og å gi ledere en positiv oppmerksomhet for godt utført jobb.

Det kan motivere til videre arbeide for helsepersonell og barneansvarlig, samt ledere. Jeg tatt ut Dips rapporter 4 ganger i året. Dips rapporten legger jeg over i Excel og sorterer på avdeling slik at det blir lett for lokale koor. b.ans og b.ans og følge egen avdeling.

7. Oppsummer/konsolider og sørg for mer endring

Årlig refleksjon

Jeg utarbeider en handlingsplan per år, mange av punktene i handlingsplanen er «løpende» i den forstand at de fortsetter fra år til år. Mens andre handlinger kan være mer prosjekt orienterte med klart start og slutt. Hvert år gjøres en evaluering sammen med leder, hva har blitt gjort, hva bør endres osv. Samtidig har det vært viktig å se til overordnede planer, og se hvordan BSP kan passe inn i de sammenhenger. Herunder blir det spørsmål om:

Hvordan kan vi sørge for at BSP arbeide blir en naturlig del av sykehusets endringsprosesser i år?

- Er det noe i **Oppdrag** og **Bestiller Dok.** fra RHF (OBD) om BSP?
- Hvilke aktiviteter kan/bør koples på HF virksomhetsplan i år?
- Hvor er barn som pårørende arbeide i digitaliseringen?
- Hvilke prosjekter bør vi være med i? (eks. nå i 2026 har vi blitt med i prosjekt «friluftssykehus» for å sikre at BSP blir inkludert)
- Hvilke «venner» er nødvendig å få på plass i 2026?
- Hva bør inn i handlingsplanen 2026?

Det kan også være refleksjoner hvor står vi nå i forhold til tidligere revisjoner:

Ekstern revisjon

DPS Groruddalen: Avvik ihht. Hpl. §10a, «*Omsorgspersonens psykiske lidelses innvirkning på barna problematiseres i liten grad*». (Fylkesmannen,Oslo/Akershus, 2018, s.18)

(Gjennomført Master i systemisk familieterapi med intervjuer på samme enhet som vi hadde eksterntilsynet. I min master fant jeg flere av de samme avvikene som Fylkesmann/statsforvalter. Etter ferdig masteroppgave ble nye tiltak iverksatt etter 2020. Blant annet har det blir gjort justeringer på organisering av barneansvarlig, ny koordinerende barneansvarlig, og obligatorisk BSP nyansatt undervisning. Samt opprettet BSP ressursteam mellom DPS/BUP og kommunene/bydelene tilhørende DPS Groruddalen.)

Status nå 2026, fortsatt behov for: Fokusendring fra «kartlegging» til «familiehistorien»

Avviket viser viktigheten av at helsepersonell er empatisk nysgjerrig på hvordan lidelsen virker inn på foreldrerollen/familien. For å kunne oppfylle Hpl. §10a med å gi tilstrekkelig informasjon og nødvendig oppfølging. Viktig spørsmål ble hvilke utfordringer gir lidelsen i forhold til familien, foreldrerollen, og barna? Noen ganger i liten grad, og noen ganger i stor grad. Hva gjør vi i de ulike situasjoner? og hvordan dokumenterer vi det? Helsepersonell er god på de diagnoser de behandler, den kunnskapen er utgangspunktet for samtalen.

Refleksjoner hvor står vi nå i forhold til multisenterstudien:

Multisenter studien ble avsluttet i 2015 – hva nå 2026?

Multisenterstudien Barn som pårørende, 2015, [BSP 5 HS](#) , 534 familier, Prosjekt ledet av AHUS, Ruud, et.al. Studien gav noen anbefalinger f.eks.:

- Barn og familie må være et fast tema i all utredning og behandling, slik loven tilsier

- Oppfølging av familiene må gjøres i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og kommunale tjenestetilbud og på tvers av voksen- og barnetjenester

Status nå 2026; erfaring:

- BSP er i mye større grad en naturlig del av sykehusets oppgaver nå, enn i 2015
- Avdelingene har stort sett innarbeidet rutine for å avklare om pasienten har barn/søsken og tematisere BSP med pasient. BSP kommer som regel frem som tema på de ulike avdelingene, men tiltakene må løpende utvikles, tilpasses.
- BSP er i større grad forankret i kommunehelsetjenesten enn tidligere. Tiltak knyttet til praktisk bistand i hjemmet savnes av familiene fortsatt, og fremstår som et punkt som bør følges opp via Helsefellesskap, fagråd og andre samarbeidsfora.

Refleksjoner knyttet til internrevisjon – foretaksrevisjon BSP gjennomført 2022

Sykehuset gjennomførte en utvidet systemrevisjon som besto av spørreskjema til alle avdelingsledere og seksjonssjefer knyttet til kunnskap om lovverk barn som pårørende og barneansvarligrollen. Samt intervju og journalgjennomgang på 5 ulike avdelinger. Det ble funnet noen avvik og foretaksledelsen besluttet noen tiltak.

Avvik og tiltak forankret i sykehusledelsen (sak 144/22, ledermøte administrerende direktør):

- Besluttet opprette flere koor. barneansvarlig
- Innføre DIPS dokumentasjon koding av barn som pårørende
- Innføre egen kompetanseplan barneansvarlig/koor. b.ans.

Status nå 2026; erfaring:

- Systemrevisjoner forankret i foretaksledelsen er et godt tiltak for å øke søkelys på BSP
- Avvik fra revisjoner gir historier som skapte ønske om endring

Brukte 2 år på implementering av vedtatte tiltak etter ferdig foretaksrevisjon. Prosessen i seg selv skapte fokus. På dette området hadde jeg ingen «hast» med å bli ferdig, for prosessen i seg selv gav oppmerksomhet rundt BSP.

8. Forankre endringen i sykehuskulturen

Barn som pårørende har generelt en god forankring på sykehuset, gjennom prosedyrer/retningslinjer og innarbeidet praksis. Det er forskjell på avdelingene hvor systematisk en arbeider med barn som pårørende, så kontinuerlig tiltak trengs for å forbedre og å opprettholde arbeidet med barn som pårørende.

Etterlatte forankring i sykehuset: Barn som etterlatte er forankret i tilbud fra sorgpoliklinikken. Ved dødsfall får familier en «etterlatt-konvolutt» som inneholder informasjon om «sorg» og tilbudet fra sorgpoliklinikken. Etterlatte etter selvmord innen psykisk helse følges opp spesielt, ved at behandler tar kontakt med familien etter dødsfallet med tilbud om etterlattsamtale.

Sykehuset sitt arbeid med BSP som blir etterlatte ved mor/far/brors død og tiden etter død erfarer jeg er tredelt.

1. Når behandlende lege ut ifra sykdom avslutter behandling og situasjonene går over til palliativ behandling
2. Ved døds tidspunkt til pasienten mor/far/søster/bror og de er inneliggende
3. Ved planlagt hjemmedød

Når mor/far/søster/bror nærmer seg døden pga. sykdom/skade, og det ikke er akutt dødsfall, så er rutinen å snakke med foresatt om BSP er orientert om hva som skal skje. Tidspunktet for når et barn skal involveres i nærstående dødsbudskap, er gjenstand for mange refleksjoner sammen med foreldre, ikke minst ut ifra barns alder og modenhet. De tre overnevnte punkter gir ulike samtale-tilnærming til den enkelte familie og barn.

Når døden inntreffer er det korte beskjeder og samtaler fordi da er familien i akutt kritisk sorg.

Når barn blir etterlatte kan en få sorgstøttetilbudet etter henvisning fra sykehuslege eller henvisning fra fastlege. Det gis som individualsamtaler og eller deltakelse i aldersinndelte sorggrupper. Gjennomsnittlig kan det gå 3-6mnd. etter dødsfall før en er til sorgstøttesamtaler på sorgpoliklinikken. (Umiddelbar støtte etter akutte dødsfall med ulykker blir ofte håndtert av kriseteam i kommunen).

Forankringen styrkes gjennom familiehistorie: Pasient og helsepersonell sine familiehistorier har satt varig spor og forståelse, men bør fornyes kontinuerlig.

Forankringen opprettholdes gjennom systemer og rutiner: Mye er på plass og etablert, men må følges opp å inngå i nye teknologisk og organisatorisk endringer.

Viktig å følge med hvordan sikre ivaretagelse av BSP og familien når organisasjonens systemer er i endring? F.eks.:

- Det blir mer digital hjemmeoppfølging og hjemmesykehus, og mer poliklinisk behandling som gir kortere tid på sykehus, samt at pasientene foreldre/barn «ferdigbehandles» hjemme. Disse endringer vil føre til at BSP vil oppleve mer av behandlingen hjemme. BSP arbeidet må forankres på hjemmebanen
- Helsefellesskap kommer med flere digitale felles løsninger, BSP må forankres i alle nye digitale løsninger som kommer

BarnsBeste vil fortsatt ha en viktig forankrings rolle av BSP både i HF`ene og kommunene. Videre blir det viktig å sikre fortsatt forankring av BPS på politisk og RHF nivå. Herunder spille inn forslag til eventuelle lovendringer, og sørge for at barn som pårørende inngår i overordnede dokumenter som OBD. Samt følge opp RHF/HF utvikling ved å være involvert/overvåke/ha kjennskap til organisatoriske endringer fra RHF`ene, og i helsefellesskaps løsninger.

For spørsmål ta kontakt på t. 97517686, tovebergh@outlook.com