



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 84

(2008–2009)

Om lov om endringer i helsepersonell-
loven m.m. (oppfølging av born
som pårørende)

Innhald

1	Hovudinnhaldet i proposisjonen	5			
2	Bakgrunn for lovforslaget	7			
2.1	Utgangspunktet for arbeidet til departementet	7			
2.2	Høyringa	7			
3	Borna og tenestene	10			
3.1	Borna	10			
3.2	Korleis tenestene tek vare på borna	11			
3.2.1	Helsetenester	11			
3.2.2	Sosiale tenester	12			
3.2.3	Barneverntenesta	12			
3.2.4	Barnehage og skule	12			
3.3	Behovet for tiltak i helsetenesta	13			
3.4	Tiltak som er sette i gang	13			
4	Plikt til å medverka til å ta vare på borna til pasientane	16			
4.1	Gjeldande rett	16			
4.1.1	Helselovgjevinga – inga særskild rettsleg regulering	16			
4.1.2	Oppdaga og følgja opp barnet	16			
4.1.3	Psykisk helsevernlova – retten barnet har til samvær med forelder innlagd på institusjon	16			
4.1.4	Samtykke frå pasienten og andre omsorgspersonar	16			
4.1.5	Barnet sin rett til å vera med på avgjerder	17			
4.2	Andre nordiske land	17			
4.2.1	Danmark	17			
4.2.2	Sverige	17			
4.2.3	Finland	18			
4.3	Høyringsforslaget til departementet	18			
4.4	Høyringa	18			
4.4.1	Behovet for lovendringar	18			
4.4.2	Kva helsepersonell bør hjelpa til med .	19			
4.4.3	Andre synspunkt	19			
4.5	Departementet sine vurderingar og forslag	20			
4.5.1	Behovet for lovregulering	20			
4.5.2	Skal plikt påleggjast verksemda eller det einskilde helsepersonellet?	21			
4.5.3	Når byrjar plikta til å medverka?	21			
4.5.4	Nærmare om kva helsepersonell skal medverka med	22			
4.5.5	Nærare om kva helsepersonell som vert forplikta	23			
5	Særleg om informasjon og teieplikt	24			
5.1	Gjeldande rett	24			
5.1.1	Inga opplysningsplikt	24			
5.1.2	Hovudregelen om teieplikt – samtykke krevst	24			
5.1.3	Informasjon til barnet	24			
5.1.4	Situasjonen der foreldra til barnet lever kvar for seg	25			
5.1.5	Opplysningsplikt til barneverntenesta .	25			
5.1.6	Opplysningsplikt til sosialtenesta om gravide rusmiddelavhengige	25			
5.2	Høyringsforslaget frå departementet ...	25			
5.3	Høyringa	26			
5.3.1	Borna sitt behov for informasjon	26			
5.3.2	Informasjon utan konflikt med teieplikta	27			
5.3.3	Ynske om informasjon mot pasientens vilje	27			
5.3.4	Skepsis til unntak frå teieplikta	28			
5.3.5	Særleg om informasjon til omsorgsperson	29			
5.3.6	Om manglande samtykkekompetanse .	29			
5.4	Departementet sine vurderingar og forslag	29			
5.4.1	Opplysningsplikt for å dekkje behovet borna har for informasjon	29			
5.4.2	Barnet bør ikkje få meir informasjon enn omsorgsperson	30			
5.4.3	Opplysningsplikt når pasienten ikkje ynskjer å samtykkja?	30			
6	Barneansvarleg i spesialisthelsetenesta	33			
6.1	Gjeldande rett	33			
6.2	Forslaget i høyringa	33			
6.3	Høyringa	33			
6.4	Departementet si vurdering	34			
6.4.1	Barneansvarleg	34			
6.4.2	Informasjon til anna personell	34			

7	Forholdet til internasjonale menneskerettar	36	9	Økonomiske og administrative konsekvensar	38
8	Endring i pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden – fristar for krav om sjuketransport	37	9.1	Generelt	38
8.1	Gjeldande rett	37	9.2	Helseføretaka	38
8.2	Høyringsforslaget frå departementet og høyringa	37	9.3	Kommunane	38
8.3	Departementet sine vurderingar og forslag	37	9.4	Samhandling	39
			10	Merknader til dei einssilde føresegnene	40
				Forslag til lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande)	43



DET KONGELEGE
HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENT

Ot.prp. nr. 84

(2008–2009)

Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørende)

*Tilråding frå Helse- og omsorgsdepartementet av 8. mai 2009,
godkjend i statsråd same dagen.
(Regjeringa Stoltenberg II)*

1 Hovudinnhaldet i proposisjonen

I denne odelstingsproposisjonen vert det fremja forslag om endring av helsepersonelloven slik at born kan få betre oppfølging når ein forelder mottek helsehjelp for psykisk sjukdom, som rusmiddelavhengig eller for alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

Kunnskapsoppsummeringar viser at det er manglar i den måten helsetenestene følgjer opp born og unge med foreldre som har psykisk sjukdom eller er rusmiddelavhengige. Statens helsetilsyn har peika på at born til rusmiddelavhengige og psykisk sjuke foreldre er mellom dei gruppene som fell utanfor eller ikkje vert tekne tilstrekkeleg vare på i det ordinære hjelpeapparatet. Dei fleste institusjonane i psykisk helsevern for vaksne har ikkje noko tilbod til born og pårørende. Hovudinntrykket er at medverknaden frå helsetenesta til å oppdaga borna og hjelpa dei verkar tilfeldig, uføreseieleg og fragmentarisk. Det er ikkje i tilstrekkeleg grad innarbeidd rutinar som sikrar samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og det kommunale nivået. Regjeringa konkluderer med at borna må sjåast og takast vare på på ein meir systematisk måte enn i dag.

Lovforslaget skal medverka til at borna vert fanga opp tidleg og at det vert sett i gang prosessar

som set borna og foreldra betre i stand til å meistra situasjonen når ein forelder er alvorleg sjuk. Vidare er det eit føremål å førebyggja problem hos borna og foreldra. Etter levekårsundersøkinga frå 2005 vil to av tre born til foreldre som får behandling i psykisk helsevern utvikla psykiske problem, og ein av tre får alvorlege psykiske problem. Forsking viser at meir enn 50 prosent av pasientar som er i behandling fordi dei er rusmiddelavhengige har opplevd alvorlege rusmiddelproblem hos foreldra sine.

Av forslag til ny helsepersonellov § 10 a fyrste leden følgjer det at helsepersonell skal bidra til å dekkje behova for informasjon og nødvendig oppfølging til born under 18 år til pasient som mottek helsehjelp for psykisk sjukdom, som rusmiddelavhengige eller for alvorleg somatisk sjukdom eller skade.

Informasjon og oppfølging av borna er det helst foreldra som skal ta seg av. Det følgjer av barnelova § 30 at den som har foreldreansvar har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege forhold. Det kan likevel vera trong for hjelp frå helsepersonell når foreldra har bruk for råd eller når det er på det reine at foreldra ikkje i tilstrekkeleg grad tek hand om behova til borna. Helsepersonellet bør di-

for fyrst og fremst medverka med røynsla si der barnet har særleg trong for det eller der pasienten sjølv tek initiativ til samtale om borna.

Pliktene til helsepersonellet overfor borna vert utdjupa i § 10 a. I samsvar med andre leden skal helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten, gjera sitt for å finna ut om pasienten har born. Dette gjer ein ved å spørja pasienten, undersøkje journal eller slå opp i folkeregisteret. Dersom pasienten har born, skal helsepersonell medverka til å dekkje det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som dei mindreårige borna til pasienten kan ha som følgje av tilstanden til forelderen. Helsepersonellet skal ikkje overta ansvaret foreldra, kommunen eller andre delar av helsetenesta har for oppfølging av barnet, men medverka med informasjon, samarbeid og tilvisingar i den grad det er tenleg.

Lovforslaget konkretiserer pliktene til helsepersonellet i helsepersonelloven § 10 a tredje leden slik at helsepersonellet, dersom det er til beste for barnet, skal samtala med pasienten om kva barnet treng av informasjon eller oppfølging og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak. Innanfor rammene av teieplikta skal helsepersonellet også informera andre som har omsorg for barnet. Føremålet med denne presiseringa er å gjera foreldra og omsorgspersonane betre i stand til sjølve å ta hand om dei behova barnet har på kort og lang sikt.

Helsepersonellet skal vidare henta inn samtykke til å følgja opp på ein føremålstenleg måte. Dette er særleg aktuelt når barnet kan ha trong for utgreiing eller hjelp i andre delar av helsetenesta, frå barnevern, skule etc. og det er aktuelt at helsepersonellet tilviser eller formidlar kontakt.

Born etterlyser ofte balansert informasjon om sjukdomstilstanden til forelderen, behandlinga og kva samvær som er mogleg. Departementet føreslår at helsepersonellet skal medverka til at barnet og personar som har omsorg for barnet får informasjon om dette, i samsvar med reglane om teieplikt.

Departementet ynskjer å leggja til rette for at helsepersonell skal kunna følgja opp born som pårørande utan at det vert gjort store inngrep i teieplikta. Departementet føreslår på denne bakgrunnen å lovfesta at helsepersonell kan gje samarbeidande personell den informasjonen som trengst for at behova barnet til pasienten har vert dekkja, med mindre pasienten motset seg det.

Det vert òg føreslått ein heimel for departementet til å gje forskrifter som utdjupar innhaldet i dei pliktene helsepersonellet har etter føresegna.

Ei ordning med barneansvarleg ved helseføretak, private sjukehus og private institusjonar som har avtale med helseføretaka er ei viktig organisatorisk løysing for å styrkja den rettslege stillinga til borna ved alvorleg sjukdom m.m. hos foreldra. Ei slik ordning vil hjelpa til å setja lovpålagde oppgåver i system, men kan også tena som ei plattform for utvikling av lokale initiativ. Departementet føreslår difor ei ny føresegn i spesialisthelsetenestelova § 3-7 a. Der vert det lovfesta at helseinstitusjonar i spesialisthelsetenesta skal ha det helsepersonellet som trengst med ansvar for å fremja og koordinera oppfølging av mindreårige born til psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar. Føremålet med føresegna er å sikra at borna får behova sine dekte, at pasientar får tilbod om hjelp til å meistra foreldrerolla og gje grunnlag for betre koordinerte tenester mellom spesialisthelsetenesta og tenester i kommunane. Departementet får heimel til å gje nærare føresegner i forskrift om barneansvarleg personell.

Samhandling mellom ymse offentlege tenester har mykje å seia for å kunna ta hand om behova borna har som pårørande på ein god måte over tid. Forslaget til ny regulering av pliktene til helsepersonellet i helsepersonelloven § 10 a inneber at helsepersonellet må skaffa seg oversyn over eksisterande tilbod lokalt og regionalt. Slik kunnskap fremjar samarbeid mellom helsetenesta og hjelpeapparatet elles for born og foreldre i kommunar og frivillige organisasjonar. Opprettinga av fleire barneansvarlege i spesialisthelsetenesta kan òg føra til betre samarbeid og at ein tek betre vare på borna.

Departementet fremjar også forslag om lovending på eit saksområde som ikkje vedrører born som pårørande. Departementet føreslår eit tillegg i pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden som opnar for at det kan fastsetjast fristar for å setja fram krav etter regelverket for sjuketransport. Endringa inneber at reglane om alminneleg foreldingsfrist kan fråvikast og takast inn her av omsyn til ei rask avklåring av saka.

2 Bakgrunn for lovforslaget

2.1 Utgangspunktet for arbeidet til departementet

Det følger av Soria Moria-erklæringa at regjeringa vil sørgja for at born med psykisk sjukeforeldre og rusmiddelbrukande foreldre får oppfølging og hjelp.

Ved behandlinga av B. Innst. S. nr. 11 (2006-2007) vedtok Stortinget å be regjeringa vurdere lovfesting eller regelfesting knytt til behovet til pårørande, born til psykisk sjuke eller rusmiddelavhengige innan rus- og psykiatritenestene og koma tilbake til Stortinget på eigna måte. Grunngevinga frå Helse- og omsorgskomiteen i budsjettinnstillinga var slik:

«Komiteen ber Regjeringen vurdere en lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørande, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte.

Pårørande, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige har ikke avklarte rettigheter i dag. Pårørande og barn av psykisk syke vil oftest være de viktigste ressurspersonene for pasientene og hjemmemiljøet eller være blant dem som pasienten har mest med å gjøre. Men pårørande, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige vil også over tid ha behov for veiledning og hjelp gjennom et familiemedlems sykdomsforløp.

Komiteen anser dette som særdeles viktig og ber Regjeringen vurdere en lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørande, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige. Vi har eksempler på tilsvarende fra andre områder, bl.a. gjennom barnevernloven når det gjelder pårørande/foreldre til barn med barnevernstiltak».

Departementet legg til grunn at det er pasientane sine born under 18 år (mindreårige) som skal sikrast oppfølging i helsetenesta. Grunngevinga for ikkje å omfatta vaksne pårørande som ektefelle, foreldre o.l. er at vaksne pårørande alt har klåre lovfesta rettar i pasientrettighetsloven, som rett til informasjon, klage og samtykke.

Helsepersonell bør vera merksame på alle born

som kan få kvardagen sin vesentleg påverka som følgje av helsetilstanden til foreldra. Departementet har difor òg late utgreiinga og forslag til lovendringar gjelda for born til alvorleg somatisk sjuke og skadde pasientar.

2.2 Høyringa

Helse- og omsorgsdepartementet sende 22. april 2008 på høyring eit notat med forslag til endring av helsepersonelloven m.m. for å styrkja rettsstillinga til born til foreldre med psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade eller som var rusmiddelavhengige. Borns rettslege stilling på andre arener enn i helsetenesta vart ikkje drøfta. Høyringsfristen var 22. august 2008.

Det har kome inn om lag 70 høyringssvar.

Høyringsnotatet vart sendt til desse høyringsinstansane:

Arbeids- og inkluderingsdepartementet
Barne- og likestillingsdepartementet
Finansdepartementet
Fornyings- og administrasjonsdepartementet
Justis- og politidepartementet
Kommunal- og regionaldepartementet
Kunnskapsdepartementet

Barne-, ungdoms- og familieetaten
Barne-, ungdoms-, og familiedirektoratet
Datatilsynet
Helsedirektoratet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Nasjonalt kunnskapssenter for helsetenesta
Statens autorisasjonskontor for helsepersonell
Statens Helsepersonellnemnd
Statens helsetilsyn
Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS)
Statens lækjemiddelverk

Actis
ADHD-foreningen
Advokatforeningen
Akademikerne
Ambulanshelsetjenesten Delta
Amnesty International Norge

Ananke, Støtteforeningen for mennesker med tvangslidelse	Landsgruppen av psykiatriske sykepleiere
Angstringen	Landsorganisasjonen i Norge (LO)
Apotekforeningen	LAR Nett Norge
Arbeidsgiverforeningen SPEKTER	Legeforeningens forskningsinstitutt
Aurora, Støtteforeningen for mennesker med psykiatriske helseproblem	Legemiddelindustriforeningen
Autismeforeningen i Norge	Marborg
Barneombudet	Medborgernes Menneskerettighets kommisjon
Bergensklinikkene	Mental Helse Norge
Blå Kors Norge	Nasjonalforeningen for folkehelsen
Borgestadklinikken	Nasjonalt råd for spesialistutdanning av lækjarar og lækjarfordeling
Dei regionale forskningsetiske komiteane	Norges Farmaceutiske Forening
Dei regionale helseføretaka i landet	Norges forskningsråd
Dei regionale kompetansesentera for rusmiddelspørsmål	Norges Juristforbund
Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin og helsefag (NEM)	Norsk Forbund for Psykoterapi
Advokatforeningen	Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Den norske Dommerforening	Norsk Forening for barne- og ungdomspsykiatri
Den norske lægeforening	Norsk Forening for barne- og ungdomspsykiatriske institusjoner
Fagforbundet	Norsk Helse- og Sosiallederlag
Fagrådet for psykiatri	Norsk Helsesekretærforbund
Fagrådet innen Rusfeltet i Norge	Norsk Pasientforening
Familieterapi Instituttet	Norsk Pasientskadeerstatning (NPE)
Fampo	Norsk Presseforbund
Farmasi forbundet	Norsk Psykiatrisk Forening
Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere	Norsk Psykoanalytisk Institutt
Forbundet mot rusgift	Norsk Psykologforening
Foreningen for human narkotikapolitikk	Norsk Redaktørforening
Frelsesarmeen	Norsk senter for menneskerettigheter
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon	Norsk Sykepleierforbund
Fylkesmennene i landet og Sysselmannen på Svalbard	Norsk Tjenestemannslag (NTL)
Fylkesnemndene for sosiale saker	Norsk Tourette Forening
Fylkesrådet for funksjonshemmede	NOVA
Galebevegelsen	Organisasjonen Mot Offentlig Diskriminering
Handels- og Servicenæringens Hovedorganisasjon	OMOD
Helsetilsynet i fylka	Organisasjonen Voksne for Barn
Helsetjenestens Lederforbund	PARAT
HIV Norge	PARAT HELSE
Høgskulane i landet (m/helsefagleg utdanning)	Pasientomboda i landet
Informasjonssenteret Hieronimus	Regionsentera for born og unges psykiske helse – RBUP
Institutt for samfunnsforskning	Regjeringsadvokaten
Interessegruppa for kvinner med spiseforstyrrelser	Rettspolitisk forening
Kirkens Bymisjon	Riksadvokaten
Kommunane i landet	Riksrevisjonen
Kommunenes Sentralforbund (KS)	Rokkansenteret
Landsforbundet Mot Stoffmisbruk	Rådgivning om spiseforstyrrelser – ROS
Landsforeningen for etterlatte v/selv mord	Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Landsforeningen for Pårørende innen Psykiatri	Rådet for psykisk helse
Landsforeningen for utviklingshemmede og pårørende	Samarbeidsforum for norske kollektiv
	Sametinget
	Samfunnsviternes fagforening
	Senter for medisinsk etikk, SME
	Sentera for lækjemiddelassistert rehabilitering (LAR-Nett Norge)

SINTEF Helse
Statens råd for funksjonshemma
Statens senter for rusmiddelforskning (SIRUS)
Statstjenestemannsforbundet
Stiftelsen Kraft
Stiftelsen Menneskerettighetshuset
Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning
Stiftelsen Støttecenter mot Incest – Oslo
Stortingets ombodsmann for forvaltninga
Ungdom mot narkotika
Universiteta i landet
Universitets- og høyskoleutdannedes forbund
Veiledningssenteret for pårørende til
stoffmisbrukere og innsatte
We shall overcome
Yrkesorganisasjonenes Sentralforbund (YS)

Desse instansane kom med realitetsfråsegner:
Barne- og likestillingsdepartementet
Fornyings- og administrasjonsdepartementet
Justis- og politidepartementet

Barne- ungdoms- og familiedirektoratet
Datatilsynet
Helsedirektoratet
Nasjonalt folkehelseinstitutt
Statens helsetilsyn

ADHD Norge
Advokatforeningen
Barneombudet
Bergen kommune
Borgestadklinikken
Buskerud fylkeskommune
Bærum kommune
Den norske lægeforening
Fagrådet innen rusfeltet i Norge
Fellesorganisasjonen
Fransiskus Hjelpen
Funksjonshemmedes fellesorganisasjon

Fylkesmannen i Buskerud
Fylkesmannen i Nordland
Helse Sør-Øst RHF
Helse Vest RHF
Helsetilsynet i Hordaland
Hurum kommune
Høgskolen i Akershus
Høgskolen i Oslo
Høgskolen i Telemark
Kreftforeningen
Landsforbundet mot stoffmisbruk
Landsforeningen for Hjerte- og Lungesyke
Larvik kommune
Lier kommune
Midt-Norsk Kompetansesenter for rusfaget
Nasjonalforeningen for folkehelsen
Nordland fylkeskommune
Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet
Norsk Forbund for Utviklingshemmede
Norsk psykoanalytisk institutt
Norsk Psykologforening
Organisasjonen Voksne for Barn
Pasientombudskollegiet
Psykiatrisk klinikk, Sykehuset Telemark HF
Risør kommune
Rogaland A-Senter
Rådet for psykisk helse
Sarpsborg kommune
Stange kommune
Statens råd for funksjonshemma
Stavanger kommune
Steinkjer kommune
Sykehuset Asker og Bærum HF
Sørlandet sykehus HF
Unifob Helse
Universitetet i Oslo
Universitetet i Oslo, Norsk senter for
menneskerettigheter
Universitetet i Tromsø

3 Borna og tenestene

3.1 Borna

Det finst inga oversikt over kor mange norske born og unge som veks opp i familiar der ein eller begge foreldra har psykisk sjukdom, er rusmiddelavhengige, har alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Dei tala som ligg føre, er i all hovudsak basert på kor mange vaksne personar som er i kontakt med helsetenesta.

I Noreg er det truleg 130 000 familiar som til kvar tid lever med psykisk sjukdom og rusproblem. Meir enn 200 000 born har foreldre som rusar seg slik at borna reagerer. Born og unge som veks opp i familiar med rusproblem, har høgare risiko for å utvikla tilsvarande problem. Forsking viser at meir enn 50 prosent av pasientane som er i behandling som rusmiddelavhengige, har opplevd alvorlege rusmiddelproblem hos sine foreldre.

Tal frå SINTEF helse (2006) viser at ca. 15 000 born og unge lever i ein familiesituasjon med foreldre som får behandling i psykisk helsevern (spesialisthelsetenesta). Etter levekårsundersøkinga frå 2005 vil to av tre av desse utvikla psykiske problem, og ein av tre får alvorlege psykiske problem. Om lag ein fjerdedel av alle innleggingar i psykisk helsevern er tvangsinnleggingar av pasientar med alvorleg psykisk lidning. Dette inneber at svært mange born og unge til kvar tid har ein forelder som er tvangsinnlagt i institusjon.

Ei stor gruppe born til psykisk sjuke og rusmiddelavhengige foreldre mottok tiltak frå barnevernet. Etter SSBs barnevernsstatistikk frå 2007 over nye born med barnevernstiltak, vart det sett i gang barnevernstiltak for i alt 11 731 born. Av desse hadde ca. 11 prosent grunnlag i den psykiske helsa til foreldra (454 born) eller rusmisbruken til foreldra (550 born). Det er truleg mørketal i statistikken ved at 5 566 born mottok tiltak i kategorien «forhold i hjemmet – særlege behov».

Somme andre særlege grupper som kan ha trong for informasjon og oppfølging frå helsetenesta, er born til foreldre med alvorlege og ofte dødelige sjukdomar som t.d. kreft, born til foreldre som får alvorlege varige hovudskadar, born til foreldre med alvorleg funksjonshemming, born der ein av foreldra skifter kjønn og born til eldre fedrar som tid-

leg vert ramma av Alzheimers sjukdom. Kreftforeningen fortel at ca. 1800 familiar med born kvart år opplever at nokon av dei næraste får kreft. Det vil seia at kvart år vert rundt 4000 born og ungdomar pårørande når foreldra eller syskena deira får kreft. Om lag 15000 born og ungdom under 18 år lever i dag med kreftsjukdom i nær familie eller med sorga etter at nokon døyr av kreft. I tillegg til kreft finst mange andre alvorlege somatiske sjukdomar der born er pårørande.

Det ligg føre fleire rapportar om levekår for born til psykisk sjuke eller rusmiddelavhengige foreldre. Det finst ikkje tilsvarande rapportar om levekår for born til alvorleg somatisk sjuke eller funksjonshemma foreldre.

Kreftforeningen har i møte med departementet peika på at dei fleste foreldra med kreft får behandling på sjukehus, og mange har fleire og langvarige opphald. Å vera skild frå sjuke foreldre er ei utfordring som er vanskeleg å meistra for born. Kreftsjukdom og behandling medfører store psykiske belastningar for pasientar og pårørande. Kvardagen til borna kan verta svært forandra og prega av angst og uro. Born til einslege forsørgjarar med lite sosialt nettverk er spesielt utsette. Desse utfordringane vil også kunna gjenfinnast der foreldre har ein annan alvorleg sjukdom eller skade.

Sirus-rapport 5/2005 «Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblem» viste at det i 2004 var innlagt 161 born på 11 institusjonar som gjev tilbod om innlegging av born saman med foreldre. 93 prosent av borna var under 3 år, og 64 prosent var under eitt år. 25 prosent vart fødte medan mora oppheld seg på institusjonen. Berre 2 prosent av borna var over 6 år

Fafo-rapport nr. 429 frå 2004 «Levekår mellom innsatte» viste at to tredjedelar av innsette har hatt ein oppvekst prega av eitt eller fleire alvorlege problem. Dei er i langt høgare grad enn befolkninga elles plaga med psykiske problem og seks av ti innsette er rusmiddelavhengige. Kvinnene er meir rusbelasta enn mennene. Over halvparten av dei innsette har born, og fleirtalet har kontakt med borna kvar veke eller oftare.

Ei undersøking frå Foreningen for fangers pårørende i 2007, «Helse og livskvalitet mellom fangers

pårørande», fann at 44 prosent av borna til innsette hadde fått dårlegare helse og sleit med søvnproblem og åtferdsendringar.

Anna forskning og behandlingsslitteratur viser problem med hemmelegald og å vera usynleg, at fleire born og unge utviklar eit dårleg sjølvbilete og at ein del born utviklar lite tenlege strategiar for å handtera problem i kvardagslivet.

3.2 Korleis tenestene tek vare på borna

3.2.1 Helsetenester

Kommunane har ansvaret for mange tenester som gjeld borns oppvekstvilkår, og har høve til på overordna nivå å leggja til rette for at alle born skal få nødvendig hjelp og støtte. Vaksne med psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller som er rusmiddelavhengige kjem til vanleg fyrst i kontakt med kommunale tenester, og fyrst og fremst fastlækjaren. Pasientar med alvorlege og langvarige sjukdomsforløp vil som regel vera i kontakt både med kommunehelsetenesta og spesialisthelsetenesta. I tilfelle der borna til pasienten har trong for oppfølging og hjelp, vil dette difor vera eit ansvar for begge nivåa. Fastlækjaren har ansvaret for tilrettelegging av allmennlækjartilbodetoverfor pasientane sine, og må difor halda seg orientert om kva tenester og behandlingstiltak pasienten mottok. Dette set fastlækjaren i stand til å ta initiativ til at born vert tekne vare på på rett måte ved å tilvisa til og samarbeida med andre tenester.

Jordmortenesta har moglegheit til å fanga opp behov for førebygging og behandling i samanheng med rusåtferd og psykiske problem hos gravide i samarbeid med fastlækjaren og andre instansar. Helsepersonellet har etter helsepersonelloven meldeplikt til sosialtenesta om gravide rusmiddelavhengige.

Helsestasjons- og skulehelsetenesta utfører helsefremjande og førebyggjande arbeid og er eit tilbod til born og unge 0-20 år og til gravide som går til svangerskapskontroll ved helsestasjon. Tenesta skal ha rutinar for samarbeid med fastlækjarane, andre kommunale tenester og spesialisthelsetenesta. Helsestasjons- og skulehelsetenesta er ein av fleire aktørar i kommunen som kan medverka i samarbeidet om å følgja opp born til psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg sjuke eller skadde.

Mange foreldre vil som følgje av alvorleg sjukdom ha trong for langvarige og koordinerte tenester, og dermed ha ein individuell plan. Det vil vera naturleg at behova borna til pasienten har vert tekne inn som ein del av den individuelle planen. I

mange tilfelle vil det kunna vera tenleg at oppfølgingsansvaret for borna vert lagt til den som er utpeika som koordinator for den individuelle planen, dersom koordinatoren er helsepersonell. Sidan korkje kommunehelsetenesta eller spesialisthelsetenesta har noko sterkare plikt enn den andre til å ta på seg koordineringsansvaret, vil det variera kva tenestenivå som til kvar tid har oppfølgingsansvaret. Psykisk helseteam i kommunen, familiesenter (over 60 stykke) skal tilby lågterskeltilbod for dei med akutte problem og oppfølging av dei med meir langvarig og samansette behov. Familiesentra skal understøtta heile familien der det er psykososiale problemstillingar.

Psykisk helsevern for born og unge (BUP) har utgreiing og behandling av born som hovudoppgåve. BUP arbeider med familiesamspel, førebygging og behandling av born. I tillegg kan rettleiing av omsorgs- og støttepersonar i familie og nettverk vera aktuelt. Vidare skal BUP ta seg av ein naudhjelp-funksjon ved akutte kriser og dessutan gje rettleiing til kommunale tenester og instansar.

Dei ulike akuttenestene i helsevesenet vil av og til møta born i situasjonar der foreldra må innleggjast eller på annan måte takast hand om på grunn av psykiske problem, akutt somatisk sjukdom eller skade, sjølvmondsforsøk, utagering eller anna rusåtferd. Helsepersonellet bør forsikra seg om at borna har tilsyn av ein vaksen, eventuelt kontakta naboar eller slektningar som syter for tilsyn, eller kontakta barnevernet lokalt dersom det ikkje er mogleg å få i stand tilsyn. Ambulansepersonell, politi, brannvesen og liknande instansar kan ha ein viktig funksjon i å fanga opp born og borns behov i slike situasjonar.

Fleire pasient- og interesseorganisasjonar engasjerer seg for å hjelpa helsetenesta og borna. Organisasjonen Voksne for Barn har for eksempel samtaletilbod til born til psykisk sjuke, medan Kreftforeningen held kurs for helsepersonell, organiserer familiesamlingar, tilbyr rådgjeving, formidlar rettleiingar og lagar informasjonsmateriell retta mot familien og borna.

For å auka medvitet i helsetenesta om at pasientar også i mange tilfelle er foreldre til mindreårige born, har fleire sjukehus oppretta såkalla barneansvarlege på dei ymse postane innan psykisk helsevern for vaksne og på somatiske avdelingar med alvorleg sjuke pasientar. Føremålet er å betra arbeidet avdelingane gjer overfor familiar med born der ein eller begge foreldra har ein alvorleg sjukdom. Ei gjennomgåande røynsle er at mange born har fått mangelfull informasjon og for lita hjelp til å snakka om korleis dei har det når ein forelder vert alvorleg sjuke. Barneansvarlege har eit særleg an-

svar for å fremja arbeidet med kartlegging og oppfølging rundt foreldreskap og born. Det vert lagt vekt på at behovet barnet har for kontakt med foreldra og nettverk skal takast med når ein planlegg behandling. Dei barneansvarlege samarbeider med behandlingsteamet rundt pasienten i einskildtilfelle, driv opplæring og har ei «pådrivarrolle». Barneansvarlege har som regel ansvaret for å betra samarbeidsrutinane mellom psykisk helsevern for vaksne, psykisk helsevern for born- og unge, barneverntenesta, kommunehelsetenestene og andre samarbeidspartnarar, som skule, barnehage, helsestasjonar, PP-teneste, og syta for at sjukehuset tilbyr samtalar med borna. Dei barneansvarlege er ofte sosionomar eller sjukepleiarar.

3.2.2 Sosiale tenester

Vaksne med psykiske problem og/eller rusmiddelproblem kan ha trong for ulike sosiale tenester som praktisk hjelp, økonomisk støtte, støttekontakt, råd og rettleiing. Sosialtenesta sitt ansvar omfattar førebygging, hjelpetiltak i og utanfor institusjon og vurdering av eller tilvising til institusjonsbehandling, dessutan koordinering av tiltak. Ansvaret og tiltaka som er heimla i lov om sosiale tenester, gjeld i utgangspunktet einskildpersonar, men kan også gjelde familiar.

Personar med psykiske problem og/eller rusmiddelproblem vil ofte ha trong for langvarige og koordinerte tenester, og dermed rett til individuell plan. Sosialtenesta i kommunen skal samarbeida med andre tenesteytarar om planen for å medverka til eit heilskapleg tilbod for den det gjeld. Tradisjonelt har det oftast vore fokusert på konsekvensar for økonomien og bustaden til familien, men det er naturleg å lata dette ansvaret også inkludera konsekvensar for born. Sosialtenesta kan sjølv gje råd og rettleiing til born og familiar i målgruppa, og kan tilvisa til eller søkja hjelp frå andre tenester. Det kan vera aktuelt for sosialtenesta å gjennomføra for eksempel familiesamtalar. Alternativt bør ho forsikra seg om at dette er det andre kommunale tenester som tilbyr, rustenester eller psykisk helsevern.

3.2.3 Barneverntenesta

Hovudoppgåva til barnevernet er å sikra at born og unge som lever under forhold som kan skada helsa og utviklinga deira, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, og å medverka til at born og unge får trygge oppvekstvilkår. Omsorg for og oppseding av born er i fyrste rekkje foreldra sitt ansvar. Foreldre kan likevel ha trong for hjelp i kortare eller lengre periodar, til dømes på grunn av ein vanskeleg livssi-

tuasjon. Her kan barnevernet koma inn for å hjelpa born og familiar slik at born vert sikra gode levekår og utviklingsvilkår.

Barneverntenesta har som si spesielle oppgåve å ta vare på dei mest sårbare borna. Ho skal verna born mot omsorgssvikt og motverka at born lid fysisk og psykisk overlast. Barneverntenesta skal setja i verk hjelpetiltak for barnet og familien der barnet på grunn av forhold i heimen har særleg behov. Barneverntenesta kan i samarbeid med foreldra setja inn mange typar hjelpetiltak. Hjelpa kan gjevast i form av råd, rettleiing og andre tiltak. Vanlege tiltak er til dømes støttekontakt, avlastingstiltak i heimen og barnehageplass.

Barneverntenesta har også eit ansvar for å gripa inn dersom tiltak i heimen ikkje er nok for å sikra behova til barnet. Barneverntenesta kan då, for ein periode, i samråd med foreldra formidla plass i fosterheim, plass i institusjon eller tiltak for foreldre og born. Dersom eit barn skal plasserast utanfor heimen utan samtykke frå foreldra, må det gjerast vedtak om dette i fylkesnemnda etter forslag frå kommunen. Barneverntenesta vil i praksis ofte ha koordineringsansvar i det tverrfaglege arbeidet rundt born, unge og familiar som mottek barneverntiltak.

3.2.4 Barnehage og skule

Barnehagar og skular vil oppleva at born vert ramma av kriser som alvorleg sjukdom eller dødsfall i familien. Skulekvardagen til borna vil vera påverka av reaksjonen til eleven eller barnehagebarnet på familiesituasjonen. Lærarar og barnehage tilsette må ta omsyn til kjenslene og reaksjonane til borna og kan vera nyttige støttespelarar.

Mange skular har utarbeidd beredskapsplanar ved ulykker og bråe dødsfall, men det kan også vera trong for å førebu oppfølging av born med alvorleg sjukdom m.m. i familien. Kreftforeninga har til dømes utarbeidd ei lærarrettleiing om «Barn og ungdom i sorg og krise». Helsetasjons- og skulehelsetenesta har ansvar for å tilby førebyggjande psykososialt arbeid og er ein naturleg samarbeidspartnar. Helse- og omsorgsdepartementet har utarbeidd ei bok for born til rusavhengige foreldre som er send til alle barnehagane i landet. Barneboka «Hvem kan hjelpe Jesper?» er meint som utgangspunkt for samtale mellom barnehage tilsette og barnet og som hjelp for barnet til å setja ord på ting som er vanskelege. Borgestadklinikken har utarbeidd ein handlingsrettleiar som gjev råd om kva barnehagepersonell skal gjera når dei er uroa for om det er foreldre som er rusmiddelavhengige. Her er også oppgåvene til barnevernet tekne med.

Helsedirektoratet arbeider med å gje ut rettleiaren «Fra bekymring til handling» som skal gje råd om ein er uroa for born og unge med byrjande rusproblem.

3.3 Behovet for tiltak i helsetenesta

Kunnskapsoppsummeringar viser at det ligg føre manglar i korleis tenestene følgjer opp born og unge til foreldre som er psykisk sjuke eller rusavhengige.

I rapport 8/2007 «Tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser», der Statens helsetilsyn formidlar tilsynsrøynsler, vert det peika på at born til rusmiddelavhengige og psykisk sjuke foreldre er mellom dei gruppene som fell utanfor eller ikkje vert tekne godt nok vare på i det ordinære hjelpeapparatet. Dei fleste institusjonane i psykisk helsevern for vaksne har ikkje noko tilbod til born og pårørande. Etter tilsynet si røynsle har kommunane få gode svar på korleis dei syter for at desse borna vert fanga opp og korleis dei samhandlar for å ta hand om dei. Etter det Helsetilsynet fortel, er born til rusmiddelavhengige og born til psykisk sjuke foreldre som i tillegg har ein annan etnisk bakgrunn særleg sårbare og får eit mangelfullt tilbod.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helseregion Øst og Sør utarbeidde i 2005 rapporten «Tiltak for barn med psykisk syke foreldre» der det vert peika på at borna til pasientane ikkje vert rekna som pårørande i lovas forstand og vert dermed ikkje omfatta av dei lovføresegnene som gjev næraste pårørande rettar, til dømes i form av informasjon. Mange born fungerer, etter rapporten, som næraste pårørande til foreldra, særleg born til sosialt utsette mødrer med åleineansvar for borna. Rapporten peikar på at det vert gjort ein stor innsats frå einskildpersonar, organisasjonar og ved utvalde fagmiljø, men at hovudinntrykket er at innsatsen heller verkar tilfeldig, uføreseieleg og fragmentarisk. Rapporten konkluderer mellom anna med at det bør sjåast nærare på korleis born kan verta betre tekne hand om som pårørande generelt og særleg i dei situasjonane der pasienten gjer det vanskeleg å følgja opp borna.

Rapporten viser vidare til at det er store utfordringar når det gjeld samarbeid mellom dei ulike nivåa og instansane som direkte eller indirekte har eit ansvar overfor born i utsette livssituasjonar. Det er ikkje i tilstrekkeleg grad innarbeidd rutinar som sikrar samarbeidet mellom spesialisthelsetenesta og det kommunale nivået. Det er sjeldan vaksenpsykiatrien vender seg til helsesystrer, psykiatriteneste, barnevern og PPT i kommunane. Fastlækja-

rane som mottok epikrise frå poliklinikkar og sjukehus tek også sjeldan kontakt med instansane som har borna som sitt primæransvar.

Ein stor del av dei aktuelle borna har ikkje vore vurderte av barnevernet før dei kjem i kontakt med helsetenesta. Helsetenesta er difor eit viktig kontaktpunkt for å oppdaga born som har nok udekte behov til at samfunnet bør gjera ein innsats for å hjelpa foreldra.

Kreftforeningen har peika på at hjelp og støtte til familiar ved kreftsjukdom er varierende, tilfeldig og ofte mangelfull. Jamvel om det i dag er meir fokus på behova til familieane, må kompetansen styrkjast og rutinar må sikra at familien vert teken godt nok hand om når foreldra vert sjuke. Borna kan ha trong for hjelp heile tida medan foreldra vert behandla, men særleg sårbare fasar er ved diagnose, ved tilbakefall, i dei tilfella der aktiv behandling vert avslutta fordi det ikkje er meir som kan gjerast, i terminalfasen og i etterkant av eit eventuelt dødsfall.

Felles for rapportane er at dei konkluderer med at borna må sjåast og takast vare på på ein meir systematisk måte enn i dag. Etter gjeldande rett har helsepersonell og helsetenesta høve til å følgja rutinar som sikrar at borna vert oppdaga når foreldra kjem i kontakt med helsetenesta. Helsepersonell som får kunnskap om at det er mindreårige born i familien, kan ta opp med foreldra spørsmålet om korleis behova til borna kan takast hand om og be om samtykke til å gje barnet informasjon eller kontakta andre som kan hjelpa til. Spørsmålet er om det bør lovfestast at helsepersonellet skal gjera dette.

Dersom den sjuke forelderen ikkje gjev samtykke til å informera barnet eller at andre hjelparar vert kontakta, set gjeldande rett grenser for kva helsepersonellet kan gjera. Det kan difor også reissast spørsmål ved om det er trong for å endra regelverket slik at barnet og andre kan gjevast nødvendig informasjon utan omsyn til teieplikta.

3.4 Tiltak som er sette i gang

Som ledd i Regjeringas handlingsplan mot fattigdom vart det i St. prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet løyvd 15 mill. kroner til tiltak for born til psykisk sjuke og rusmiddelavhengige foreldre over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet. Barne- og likestillingsdepartementet har ei tilsvarande satsing på 14 mill. kroner. Begge departementa vidareførte satsinga i 2008, med ei styrking over budsjettet til Helse- og omsorgsdepartementet med 5 mill. kroner. Løyvinga-

ne er vidareførte i 2009. Føremålet med satsinga er å gje tidlegare hjelp til borna, styrkja rettleiing og kompetanseheving både i spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta, gje langsiktig oppfølging av borna, auka forskingsaktiviteten, spreia røynsler og stimulera frivillige organisasjonar til tiltak. Nokre av tiltaka vert skildra her.

Helse- og omsorgsdepartementet etablerte i 2007 eit nasjonalt kompetansenettverk for førebygging og behandling av problem hos born til psykisk sjuke og rusmiddelavhengige foreldre ved Sørlandet sykehus HF. Nettverket har som føremål å samla, systematisera og formidla kunnskap til tenestene, og har fått namnet BarnsBeste. Frå 2009 er mandatet utvida til å omfatta born som pårørande generelt.

Det er sett i gang forsøk med særskilte lågterskeltiltak i Helse Nord-Trøndelag og sykehuset Asker og Bærum HF. Det er etablert eit tilbod til foreldre med rus og/eller psykiske problem som strekker seg frå barnet er fødd og til det når skulealder. Målet er å unngå skadar hos barnet og medverka til ei god helseutvikling i familien. Begge modellane tek utgangspunkt i det danske Familieambulatoriet. Dette er eit lågterskeltilbod for gravide og oppfølging av born til foreldre med psykiske lidningar og/eller rusmiddelavhengige foreldre fram til skulestart.

Helsedirektoratet gav i 2008 ut rettleiaren «Pårørende – en ressurs – veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester». Rettleiaren inneheld spørsmål som helsepersonell bør stilla når pasienten har mindreårige born eller sysken.

Helse- og omsorgsdepartementet har i 2007 og 2008 gjeve tilskot til Nasjonalt kompetansesenter for læring og meistring for å utvikla gruppetilbod for born som pårørande. Prosjektet S M I L handla om læring og meistring for born og unge som har foreldre som er psykisk sjuke og/eller rusmiddelavhengige. S M I L er eit førebyggjande psykisk helsetiltak med borna i fokus, men orientert mot heile familien. Born som pårørande er utgangspunktet for utvikling og etablering av læringstilbod i grupper, der styrkt meistring i og av eigen kvardag står sentralt. To pilotprosjekt er etablerte i Oslo og Mo i Rana, der gruppetilbod er under utprøving.

Helse- og omsorgsdepartementet og Helsedirektoratet har støtta organisasjonen Voksne for Barn i utgjevinga av ei handbok for foreldre med psykiske problem «Hvordan hjelper jeg barnet mitt?» og ei handbok for ungdom som har foreldre med psykiske problem «Hva er det med foreldrene mine?». På oppdrag frå Helse- og omsorgsdepartementet har Voksne for Barn utarbeidd eit informa-

sjonshefte for born «Når mamma eller pappa ruser seg» og barneboka «Hvem kan hjelpe Jesper?».

For å heva kompetansen i barneverntenesta har Barne- og likestillingsdepartementet oppretta seks stillingar, av desse fem i dei regionale fagteama i Barne-, ungdoms- og familieetaten og ein koordinator i Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Desse skal hjelpa kommunar med utvikling av tiltak på individ-, gruppe- og nettverksnivå, hjelpa til med implementering av kartleggingsverktøy til bruk i det kommunale tenesteapparatet og delta i planlegging av opplæringstiltak mot høgskular og universitet. Arbeidsoppgåvene er også knytte til betring av samarbeidsrutinar på lokalt nivå, sikring av samarbeidet mellom statleg barnevern og psykisk helsevern for born, unge og vaksne og samarbeid med Regionsentraa for born og unges psykiske helse.

Barne- og likestillingsdepartementet har sett i gang modellkommuneforsøk i 26 kommunar. Målet er å utvikla gode tverretatlege samarbeidsmodellar for tidleg intervensjon og systematisk oppfølging av born til psykisk sjuke og rusmiddelavhengige foreldre – frå graviditet til skulealder. Kommunane har fått stimuleringsmidlar til fagutvikling og utveksling av røynsler på regionale og nasjonale nettverkssamlingar. Målet er å spreia kunnskap og informasjon til dei tenestene som kjem i kontakt med borna. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har ansvaret for organisering og oppfølging av ei evaluering i utvalde kommunar, bygd på ein kunnskapsbasert, systematisk og heilskapleg modell som vert gjennomført i nokre kommunar. Ein skal også registrera og samanlikna effektane i forhold til kommunar som ikkje bruker modellen. Denne oppgåva skal utførast av eit forskarmiljø.

Barne- og likestillingsdepartementet gjev også økonomisk støtte til Paal-André Grunderuds stiftelse for born til alkoholikarar. Stiftinga gjev råd, rettleiing og støtte til dei som ynskjer å setja i gang tiltak for born til foreldre med rusmiddelproblem i lokalmiljøet.

Rikshospitalet har utvikla undervisningspakken «Barn og ungdom som pårørende i somatiske sykehus» for å styrkja personellet si evne til å ta hand om borna og å kunna gje råd til foreldre i samarbeid mellom Kreftforeningen og Lærings- og meistringssenteret.

Som oppfølging av Nasjonal helseplan vart det i 2007 underteikna ein nasjonal rammeavtale for samhandling mellom helse- og omsorgstenestene i kommunane og spesialisthelsetenestene i helseføretaka. Avtalen er underteikna av Helse- og omsorgsdepartementet og KS. Rammeavtalen legg eksisterande overordna ansvars- og organisasjonsstrukturar til grunn. Partane er samde om å arbeida

innanfor dei måla som er skisserte i avtalen førebels fram til 21. juni 2010. Målet for avtalen er m.a. å sikra brukarar eit heilskapleg og samanhengjande tenestetilbod. Mellom dei områda som er nemn-

de, er helsetenester til born og unge. Avtalen legg til rette for at det vert inngått lokale samhandlingsavtalar.

4 Plikt til å medverka til å ta vare på borna til pasientane

4.1 Gjeldande rett

4.1.1 Helselovgevinga – inga særskild rettsleg regulering

Etter pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b skal pasienten som hovudregel oppgje kven som er pårørande og den næraste pårørande. Pasientrettighetsloven gjev berre den «nærmeste pårørande» rettar som helsepersonell pliktar å følgja opp. Andre pårørande har ingen lovbestemte rettar til informasjon, medverknad, klage eller liknande. Mindreårige born vil truleg sjeldan verta peika ut som næraste pårørande av foreldra, og det er god grunn til å tolka lova innskrenkande slik at mindreårige ikkje på generelt grunnlag kan påleggjast ansvaret for å ta vare på foreldra sine interesser. Det er til dømes berre myndige born som er nemnde i den rekkjefølgja som skal leggjast til grunn for korleis ein vel ut den næraste pårørande i dei tilfella der pasienten ikkje sjølv oppgjev kven dette skal vera.

Pasientrettighetsloven gjev difor ingen direkte rettar til mindreårige born til pasientar som vert behandla i helsetenesta. Det same gjeld for helselovgevinga elles, så som kommunehelsetenestelova og spesialisthelsetenestelova.

Born til rusmiddelavhengige som følgjer med ein av eller begge foreldra på institusjon, er i utgangspunktet ikkje med dit fordi dei sjølve treng helsehjelp. Born innlagde saman med foreldra på rusinstitusjon er difor ikkje automatisk å rekna som pasientar. Nokre av borna kan likevel reknast som pasientar som følgje av eige behov for helsehjelp og vil då ha pasientrettar.

4.1.2 Oppdaga og følgja opp barnet

Helsepersonelloven § 33 fyrste leden bestemmer at «den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side». Eit vilkår for dette er at helsepersonellet har ei viss undersøkingsplikt, men ordlyden i lova er kopla opp mot tiltak frå barneverntenesta. Helsepersonell har difor inga generell plikt til å undersøkje om pasientane har mindreårige born, kva oppfølgingsbehov som bør dekkjast

innanfor helsetenesta eller kva skule, barnehage eller andre kommunale instansar bør gjerast merksame på.

I rundskriv IS 5/2006 «Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre» rår Helsedirektoratet til at aktuelle tenester «etablerer rutiner som tar sikte på å fange opp om aktuelle tjenestemottagere har barn, hvordan barnas situasjon er, samt sikre at nødvendig oppfølging er igangsatt eller tar initiativ til at det igangsettes». Som ledd i arbeidet med å styrkja oppfølginga av born til psykisk sjuke og rusavhengige foreldre har direktoratet utarbeidd ei sjekklister med spørsmål som tenestene bør avklåra. Rundskrivet er berre meint som eit hjelpemiddel for tenestene i deira eige arbeid med å etablere nødvendige rutinar og prosedyrar. Rundskrivet gjev ingen plikter eller rettar.

4.1.3 Psykisk helsevernlova – retten barnet har til samvær med forelder innlagd på institusjon

Retten born og foreldre har til samvær med kvarandre er omhandla i Den europeiske menneskerettskonvensjonen art. 8 om retten til familieliv og FN's barnekonvensjon art. 7 nr. 1 som seier at alle born skal ha høve til å kjenna foreldra sine og få omsorg frå dei. Dette tek også psykisk helsevernlov § 4-5 fyrste leden vare på, som bestemmer at «den som har døgnopphold i institusjon for psykisk helsevern, har rett til å motta besøk og benytte telefon, samt sende og motta brev og pakker». Pasienten vil på denne bakgrunnen som eit klårt utgangspunkt sjølv kunna bestemma når og korleis vedkomande vil ta imot besøk – også frå borna sine. Alle inngrep i dette utgangspunktet må ha heimel i lov. Det skal vera ein høg terskel for å avgrensa besøksretten.

4.1.4 Samtykke frå pasienten og andre omsorgspersonar

Helsetenesta har høve til å drøfta situasjonen til barnet med pasienten og be om samtykke til å gje barnet informasjon, til å kontakta andre tenester eller til å følgja opp på annan måte. I så fall er det rettsleg lite i vegen for at ein kan dekkje behova til

barnet. For at eit samtykke skal vera gyldig, må det mellom anna vera informert og avgjeve frivillig. Det er difor viktig å etablera ei holdning og ein praksis som legg vekt på medverknad frå pasienten – også når det gjeld vurderingar og avgjerder om kva opplysningane kan eller skal nyttast til. Samtykke frittek berre for teieplikta så langt samtykket gjeld og kan når som helst heilt eller delvis trekkjast tilbake.

Etter barnelova § 30 har den som har foreldreansvar «rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege tilhøve innanfor dei grensene som §§ 31 til 33 set». Dette omfattar i utgangspunktet også ein rett til å ta stilling til kva støtte eller informasjon barnet skal få. Foreldre som har felles foreldreansvar må ta avgjerder om helsehjelp i fellesskap, slik at begge foreldra må samtykkja på vegner av born under 16 år, jf. pasl. § 4-4. Dersom ein av foreldra nektar, vil det ikkje liggja føre noko gyldig samtykke. Det følgjer av barnelova § 37 at dersom foreldra har foreldreansvaret saman, men barnet bur fast hos den eine, kan den av foreldra som barnet bur saman med ta «avgjerder som gjeld vesentlege sider av omsuta for barnet, m.a. spørsmålet om barnet skal vere i barnehage, kor i landet barnet skal bu og andre større avgjerder om dagleglivet». Som følgje av dette er det lagt til grunn at eit ordinært lækjarbesøk ved alminneleg sjukdom kan gjennomførast utan samtykke frå den andre.

Helsetenesta har inga lovbestemt plikt til å samtala med pasienten om behova til borna eller å be om samtykke til ei nødvendig oppfølging av barnet. Det er i dag opp til den einskilde helsetenesta om desse oppgåvene skal vera ein del av planlegginga av verksemda.

4.1.5 Barnet sin rett til å vera med på avgjerder

Barnelova § 31 om barnet sin rett til å vera med på avgjerder bestemmer dette:

«Etter kvart som barnet vert i stand til å danne seg egne synspunkt på det saka dreiar seg om, skal foreldra høyre kva barnet har å seie før dei tek avgjerd om personlege tilhøve for barnet. Dei skal leggje vekt på det barnet meiner alt etter kor gammalt og modent barnet er. Det same gjeld for andre som barnet bur hos eller som har med barnet å gjere. Når barnet er fylt 7 år, skal det få seie si meining før det vert teke avgjerd om personlege tilhøve for barnet, mellom anna i sak om kven av foreldra det skal bu hos. Når barnet er fylt 12 år skal det leggjast stor vekt på kva barnet meiner».

Det same går fram av pasientrettighetsloven § 4-4 tredje leden. Meininga til barnet skal reknast

med, men foreldra kan koma til at andre omsyn veg tyngre. Kor stor vekt det skal leggjast på barnet si meining, avheng mellom anna av om barnet forstår rekkjevidda av standpunktet sitt, kor fast og godt grunngeve standpunktet er og kva andre omsyn som må takast. På denne bakgrunnen skal foreldra og helsetenesta leggja til rette for at barnet kan seia meininga si om eige behov og kontakt med andre tenester.

4.2 Andre nordiske land

4.2.1 Danmark

Den rettslege stillinga til borna når foreldra er sjuke og liknande er ikkje uttrykkeleg lovregulert i Danmark. Det vert inngått lovbestemte «sundhedsaftaler» mellom staten på den eine sida og regionane og kommunane på den andre sida. Avtalane regulerer korleis regionane og kommunane skal utføra oppgåver på helseområdet og korleis dei skal sikra ei samanhengjande pasientbehandling i dei to nivåa. I «Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler» (2006) går det fram at eit av dei mange minimumskrava til avtalane er at dei skal skildra korleis partane sikrar at det vert vurdert kva innsats som trengst for born i familiar der ein person har ei sinnsliding og korleis ansvaret for å dekkje desse behova vert fastlagt.

4.2.2 Sverige

Den rettslege stillinga til borna når foreldra er sjuke er ikkje uttrykkeleg lovregulert i Sverige. Helse- og sosialtenestene sitt møte med born til personar med psykisk sjukdom er omtala i SOU 2006:100 «Vård, stöd och service» s. 202 flg. Tilbodet til born og foreldre varierer mykje mellom ulike klinikkar og kommunar. Utvalet hevdar at arbeidet i vaksenpsykiatrien i alt for stor grad berre er innretta på problema til pasienten. Ein bør difor etter utvalet sitt syn vera mykje meir merksame på behova borna har for støtte, og hjelp med å forstå situasjonen når ein av foreldra er sjuke. Som løysing vert det foreslått å utvikla ein barne- og familieorientert arbeidsmåte i helsetenesta og å få til eit nært samarbeid mellom vaksenpsykiatri, primærhelsetenesta, barne- og ungdomspsykiatri, sosialtenesta, skulen og andre aktørar dette vedkjem.

Utvalet konkluderer med at helsetenestene bør ha tydelege rutinar for å møta behova borna har for informasjon og støtte. Rutinane må sikra at ein skaffar greie på om foreldra har born og sikrar at borna får tilbod om informasjon og oppfølging.

I lagrådsremiss «Vissa psykiatrifrågor m.m.» av 8. april 2009 foreslår den svenske regjeringa følgjande føresegn innteken i hälso- och sjukvårdslagen og i lagen om yrkesverksamhet på hälso- och sjukvårdens område:

«Hälso- och sjukvården ska särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnet har en förälder som har

1. en psykisk störning eller en psykisk funktionsnedsättning,
2. en allvarlig fysisk sjukdom eller skada, eller
3. ett missbruk av alkohol eller annat beroendeframkallande medel.

Detsamma gäller om ett barn har en förälder som plötsligt dör».

4.2.3 Finland

I Finlands barnskyddslag, som tilsvarar vår lov om barneverntenester, gjeld denne føresegna om mellom anna aktivitetsplikta til helseinstitusjonane:

«§ 10 Beaktande av barn i service som riktar sig till vuxna

Om en vuxen får social- och hälsovårdsservice, i synnerhet vård på grund av rusmedelsmissbruk eller mentalvårdstjänster, och hans eller hennes förmåga att samtidigt fullt ut svara för barnets vård och fostran därvid anses försvagad eller om en vuxen avtjänar ett frihetsstraff och har ett barn i sin vård och fostran, skall även barnets behov av vård och stöd utredas och tryggas».

4.3 Høyringsforslaget til departementet

I høyringsnotatet kom det fram at helsetenesta si faktiske oppfølging av borna til pasientane ikkje er fullt ut tilfredsstillande. Det er tilfeldig kva born som vert følgde opp og det er store lokale variasjonar. Regjeringa har i dei siste åra sett i gang mange tiltak som skal ta hand om behova borna har. Desse tiltaka kan gje store lokale forbetringar, men sikrar ikkje eit likeverdig nasjonalt tilbod på same måten som ei lovregulering.

Departementet rekna det som viktig å forankra ei grunnleggjande plikt til å sjå born og ta omsyn til deira behov i helseavgjevinga. Helsepersonell skulle ikkje overta foreldra sitt ansvar for borna eller oppgåvene til andre tenester, men medverka til å ta vare på borna saman med desse.

Departementet føreslo difor oppretta ein ny § 23 a i helsepersonelloven om helsepersonells oppfølging av borna til pasientane. Fyrste leden i føreseg-

na gav helsepersonell, som yter helsehjelp til pasient for psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade eller som rusmiddelavhengig, plikt til å medverka til å dekkje det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som dei mindreårige borna til pasienten kan ha som følge av tilstanden til forelderen. Med mindreårige born meiner ein born under 18 år.

Ei slik generell føresegn gjev ikkje detaljert rettleiing i oppgåvene til helsepersonellet. Departementet viste til at føresegna gjev eit signal til helsetenesta om at det å ta vare på borna er ei viktig oppgåve. Kjernen i plikta til å medverka, vart skildra som at helsepersonell skal stø opp om pasienten og barnet så godt det let seg gjera, og elles samarbeida med andre tenester ved tilvising og kontakt i ein overgangsfase. Det var også ein føresetnad at helsepersonellet skulle søkja å avklåra om pasienten har mindreårige born.

Innhaldet i føresegna vart utdjupa i forslaget til tredje leden i den nye paragrafen. Her vart det føreslått å påleggja helsepersonellet plikt til å informera pasienten og andre som har omsorg for barnet om kva informasjons- eller oppfølgingsbehov barnet har dersom barnets beste talar for det. Helsepersonellet skulle vidare ha plikt til å innhenta samtykke til å gjennomføra tiltak som kan medverka til å dekkje behovet barnet har for oppfølging frå pasienten, ein annan forelder eller andre som har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege forhold.

4.4 Høyringa

4.4.1 Behovet for lovendringar

Dei aller fleste høyringsinstansane ser behov for å lovregulera møtet helsepersonell har med born som pårørande, mellom andre *det nasjonale kompetansenettverket BarnsBeste ved Sørlandet sykehus HF, Barneombodet, Voksne for Barn, Statens helsetilsyn, Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Legeforeningen, Barneombodet, Kreftforeningen, Norsk Psykologforening, Borgestadklinikken og Advokatforeningen*. Høyringsinstansane legg vekt på at ei lovregulering vil gje eit tydeleg signal til helsepersonell om at det er viktig å oppdaga og følgja opp borna og at det difor vert mindre tilfeldig om det vert tilbydd hjelp. *Advokatforeningen* viser også til at ei lovføresegn kan medverka til at helsetenesta systematiserer arbeidet sitt som gjeld borna til pasientar, at tilsynsstyremaktene fører eit meir aktivt tilsyn med dette området, og at det i større grad vil vera mogleg å halda helsetenesta og helsepersonell ansvarlege ved pliktbrøt.

Voksne for Barn grunnjev behovet med at borna ikkje har vorte rekna som primærklientar i dei ymse tenestene og at dei difor ikkje har hatt nokon tenester som har meint at dei har ansvaret for å følgja dei opp. Foreininga viser til at det har skjedd ei positiv utvikling ved at mange tenester no er medvitne på borna til pasientane, men at det manglar struktur og system for å avdekkja, følgja opp og gje tilbod om støtte og hjelp. Innsatsen så langt vert omtala som fragmentarisk og prega av eldsjeler, noko som har medført at det ikkje er lik tilgang til hjelp for borna og familiane deira.

Pasientombodskollegiet er einaste høyringsinstansen som går mot forslag om lovregulering. Dette grunnjev det med at helsepersonell bør stimulerast til å følgja og bruka gjeldande lovverk. Kollegiet meiner at oppfrisking av kunnskap i helserett, inspirasjon og konkrete bidrag i diskusjonen mellom helsepersonell om temaet vil gje ein betre og meir varig effekt enn å formulera ei ny pliktføresegn.

4.4.2 Kva helsepersonell bør hjelpa til med

Høyringsinstansane, og særleg fagmiljøa, har gjeve omfattande fråsegner om kva helsepersonell bør yta overfor borna. Mange viser til det grunnleggjande behovet for at helsepersonellet avklårar om pasienten har born, også i tilfelle der barnet har ein frisk forelder som kan stå for omsorg.

Det er vidare brei semje om at born har trong for informasjon. I rapporten «Ha det bra 2006» utgjeven av organisasjonen *Voksne for Barn*, utdjuar 14 born og unge i alderen 10 til 18 år ynsket om informasjon når ein forelder er psykisk sjuk:

«Man trenger informasjon og veiledning i forhold til foreldrenes sykdom. Det er ønske om å få vite mer om sykdommen, om man kan bli bra, om den vil komme igjen osv. Det er også viktig å få vite at jeg ikke er skyld eller årsak til sykdommen. Her er det også viktig hvem som gir denne informasjonen, for eksempel at barnet er så trygt at det tør spørre om alt, at den voksne kan snakke slik at barnet forstår etc. Det kan like gjerne være en fra familien som en fagperson».

Mange av høyringsinstansane, mellom andre *Rikshospitalet HF*, *Kreftforeningen* og *Helsedirektoratet* viser til at den kanskje viktigaste oppgåva for helsepersonellet vil vera å styrkja foreldra i forelderrolla slik at dei framleis kan dekkje behova til borna sine trass i den sårbara situasjonen.

Nokre høyringsinstansar uttalar seg også om kva grenser som bør stillast opp for plikta helsepersonellet har til å følgja opp borna. *Helsedirektoratet*

ser det slik at helsetenesta sitt ansvar bør avgrenstast til å omfatta det som ligg innanfor dei naturlege ansvarsområda til helsetenesta. Dette inneber at «helsetjenesten ikkje bør få ansvar for å iverksette hjelpetiltak, med mindre barnet har vansker som tilsier at helsehjelp vil være et adekvat tiltak». Ved andre behov for oppfølging, meiner *Helsedirektoratet* det bør visast vidare til andre hjelpeinstansar. *Sørlandet Sykehus HF* ser det slik at akuttavdelingar bør ha ansvar for å kartleggja det akutte behovet for oppfølging av borna, men at kommunale eller distriktspsykiatriske instansar bør kartleggja vidare oppfølging.

Samarbeid mellom behandlingsnivåa når ansvaret for pasienten vert overført frå spesialisthelsetenesta til kommunehelsetenesta, vert halde fram som viktig av mange høyringsinstansar. *Sykehuset Telemark HF*, *Psykiatrisk klinikk*, legg vekt på at samarbeidsrutinar på tvers av og innan dei ulike tenestnivåa må formaliserast og roller må avklårast. Helsepersonell må vidare tileigna seg lokalkunnskap og lett kunna orientera seg i eksisterande tenestetilbod.

4.4.3 Andre synspunkt

Fleire høyringsinstansar, mellom andre *Helsedirektoratet*, *Borgestadklinikken*, *Rådet for psykisk helse*, *Landsforbundet mot rusmisbruk*, *Rogaland A-Senter* og *Diakonhjemmet sykehus* er opptekne av at borna i tillegg til å få informasjon, bør få hjelp til å forstå kva denne informasjonen retteleg tyder og få helsehjelp og oppfølging når situasjonen deira tilseier dette.

Borgestadklinikken viser til at dei borna som har så store behov at dei får pasientstatus, vil verta omfatta av behandlingsgarantien for born og ungdom under 23 år, men at ein også bør tilby hjelp til born som vil ha trong for støtte og oppfølging i varierende grad under behandlingsoffaldet til foreldra. Klinikken føreslår at dei vert inkluderte i behandlinga til foreldra utan at dei sjølve har pasientstatus. Landsforbundet mot rusmisbruk ynskjer å lovfesta at borna får eit eige helsetilbod anten dette er forebyggjande eller behandlande, ikkje berre eit informasjons- og omsorgstilbod.

Helsedirektoratet føreslår eit institusjonelt ansvar for å medverka til å ta seg av behova til borna i staden for ei plikt for det einskilde helsepersonellet.

Helsedirektoratet peikar vidare på at det ikkje er lagt inn noko unntak frå teieplikta for å kunna få på det reine om eit barn har behov og om dette må følgjast opp ut frå omsynet til barnets beste. Direktoratet meiner det vil seia at plikta til å følgja opp be-

hova til borna ikkje strekkjer seg lenger enn det som kan gjerast utan å røpa opplysningar som kjem inn under teieplikta, noko som i praksis kan gjera det vanskeleg å ta kontakt med andre.

Borgestadklinikken og Landsforeningen mot rusmisbruk føreslår at personar opp til 23 år skal omfatta av plikta helsepersonellet har til å medverka til oppfølging og informasjon. Dette grunnjev dei med at mange unge vaksne som har vakse opp med rusmiddelmissbrukande foreldre, vil kunna oppleva at overgangen frå barn til vaksen kan vera problematisk.

Sørlandet Sykehus HF, Kreftforeningen og Aker universitetssykehus held fram at born må få oppfølging også når dei ikkje ser ut til å lida skade. *Sørlandet Sykehus HF* viser til at born er lojale, dei opplever skuld for sjukdomen til forelderen og vil difor i sjeldne tilfelle sjølve gje uttrykk for eigne behov. Helseføretaket meiner difor det vil vera viktig i eit førebyggjande perspektiv at born får informasjon og oppfølging før dei viser eigne symptom.

Advokatforeningen føreslår ei rettsføresegn i pasientrettighetsloven i tillegg til å påleggja helsepersonell plikter. Dette grunnjev foreninga med at føresegna systematisk passar godt i pasientrettighetsloven, at det er der helsepersonell og publikum vil venta å finna henne og at klagereglane i pasientrettighetsloven vert gjort gjeldande. Dette er synspunkt som også *Helsedirektoratet, Norsk Psykologforening, Statens helsetilsyn, Norsk senter for menneskerettigheter og Akershus universitetssykehus* deler.

4.5 Departementet sine vurderingar og forslag

4.5.1 Behovet for lovregulering

Hovudoppgåva til helsetenesta er å behandla og følgja opp skadar, sjukdomar og andre helserelevante problem hos pasientane. Slik skal det også vera. Men bak kvar pasient kan det stå ein familie som i ulik grad vert påverka av helsetilstanden til vedkomande. Opplevinga born har av å vera trygge, nøgde og å få tilstrekkeleg omsorg er sterkt knytt til livssituasjonen til foreldra. Alvorlege helseproblem i familien inneber som oftast ei dramatisk endring i livssituasjonen til familien, og kvardagen til borna kan verta prega av angst og uro.

Av barnelova, lov om barneverntenester og barnekonvensjonen går det fram at born har krav på vern når foreldre ikkje kan ta hand om omsorga godt nok. Det offentlege har difor ei plikt til å følgja dette opp, men det er ikkje uttrykkeleg teke inn som ei oppgåve for helsetenesta i helselovgevinga.

Omsynet til bornas beste tilseier at helsetenesta bør vera merksam på dei behova som borna til pasientane kan ha. Gjennom den tette kontakten med pasientane, vil helsepersonell ofte kunna danna seg eit inntrykk av situasjonen til borna og om det finst vesentlege udekte behov. Slik kunnskap bør brukast til å hjelpa familien og borna.

Korleis borna til pasientar skal takast vare på er i dag ikkje regulert i helselovgevinga. Samstundes er det dokumentert at tilbodet frå helsetenesta om støtte til borna varierer og er ofte tilfeldig og mangelfull. Høyringsinstansane gjev brei støtte til dette synet. Departementet konkluderer difor med at borna må oppdagast og takast vare på på ein meir systematisk måte enn i dag.

Departementet ser det som viktig å forankra ei grunnleggjande plikt til å oppdaga borna til pasientar og ta hand om deira behov i helselovgevinga. Dette er ei operasjonalisering av det ansvaret alle offentlege styremakter deler. Det vil dessutan innebera at helsepersonell og leiarar i helsetenesta må ta stilling til korleis borna kan oppdagast og kva hjelp som er mogleg å få til lokalt. Lovgeving vil medverka til at verksemdene planlegg og legg til rette for ei meir systematisk og forpliktande tilnærming til borna. Det å ha tenkt gjennom ymse problemstillingar og ha ei planlagt verksemd for å møte desse borna, kan i mange tilfelle vera tilstrekkeleg til å oppnå ei forståing med foreldre og born om enkle tiltak som kan gjera kvardagen betre for barnet. Forslaget om ei plikt for helsepersonell til å medverka til å ta vare på borna har fått brei støtte i høyringa.

Departementet ynskjer på denne bakgrunnen å lovfesta at helsepersonell skal medverka til å ta hand om behovet mindreårige born har for nødvendig oppfølging når ein av eller begge foreldra er psykisk sjuke, rusmiddelavhengige eller alvorleg somatisk sjuke eller skadde.

I høyringa blei det ikkje føreslått å spegle plikta for helsepersonellet i rettar for borna. I høyringsrunden føreslo fleire instansar likevel ein rett i pasientrettighetsloven. Helsetilsynet forvaltar sanksjonssystemet for helsepersonell og verksemdar som ikkje følgjer opp plikta. Dersom borna ikkje får den oppfølginga dei har behov for, kan ein oppmunde Helsetilsynet om å vurdere om helsepersonellet og verksemda har hatt ei forsvarleg fremferd, jf. helsepersonelloven § 55. Departementet føreslår også i kapittel 6 at spesialisthelsetenesta skal ha barneansvarleg personell som skal fremja og koordinera oppfølging av mindreårige born. På denne bakgrunnen meiner departementet at dei føreslåtte tiltaka vil dekkje behova til borna.

4.5.2 Skal plikt påleggjast verksemda eller det einskilde helsepersonellet?

Alternativet til å påleggja helsepersonell ei plikt til å oppdaga og følgja opp borna til pasientane, vil vera å retta plikta berre mot dei verksemdene der helsepersonellet er tilsett. Helsedirektoratet har føreslått ei slik løysing.

Ettersom det er tale om å ta vare på sårbare grupper av born, reknar departementet det som avgjerande at det einskilde helsepersonellet får eit direkte ansvar gjennom lovgjevinga, og at plikta inngår som ein del av yrkesutøvinga deira på line med andre plikter pålagde i helsepersonelloven. Helsepersonell kan i så fall ikkje stilla seg passive dersom verksemda skulle ha manglande rutinar for å gjennomføra føresegnene i lova.

Verksemda vil likevel vera forplikta til å syta for ei forsvarleg organisering av eit tilbod til borna. Etter helsepersonelloven § 16 skal verksemd som yter helsehjelp, organiserast slik at helsepersonellet vert i stand til å retta seg etter dei lovpålagde pliktene. Dersom plikta vert lagd på helsepersonellet vil difor borna også nytta godt av at verksemdene må ta stilling til organisering av tilbodet.

Departementet reknar dessutan at plikta til å ta vare på barnet bør gjelda uavhengig av om pasienten oppsøker ei offentleg verksemd eller privatpraktiserande helsepersonell. Dette oppnår ein ved at plikta vert heimla i helsepersonelloven, og ikkje berre vert pålagd verksemdene.

På denne bakgrunnen føreslår departementet at plikta til å medverka til å ta vare på borna til pasientane vert lagd på helsepersonellet.

4.5.3 Når byrjar plikta til å medverka?

For at plikta etter dei føreslåtte føresegnene skal ta til å gjelda, er det eit vilkår at den pasienten helsepersonellet yter helsehjelp til har psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade eller er rusmiddelavhengig. Med alvorleg somatisk sjukdom eller skade meiner ein til dømes kreft og store skadar etter alvorlege ulykker. Alvorleg psykisk utviklingshemming og alvorleg funksjonshemming er inkludert i dette sjukdomsombegrepet. Avgjerande for vurderinga vil vera om helsetilstanden til pasienten er slik at han får, eller ein kan rekna med at han får, vesentlege konsekvensar for nær familie og borna til pasienten spesielt. Når helsepersonell skal ta stilling til om helsetilstanden til foreldra medfører plikt til å undersøka kva behov borna har, må det difor leggjast avgjerande vekt på i kva grad helsetilstanden til foreldra er eigna til å gjera barnet usikkert og sårbart, eller føra til meistrings-

problem eller frykt hos barnet. Helsepersonellet bør ha ein låg terskel for å setja i gang undersøkingar om kva behov foreldra og barnet har for informasjon og oppfølging.

Ut over dei tilfella som plikta omfattar, har helsepersonell høve til å yta hjelp. Føresegna set såleis ingen avgrensingar på kva høve helsepersonellet har til å hjelpa born.

Dei aller fleste høyringsinstansane stør forslaget om at det er mindreårige born under 18 år som skal sikrast hjelp. Ungdom over 18 år er i større grad i stand til å ta ansvar for eige liv og til å søkja eventuell helsehjelp for eigen del. Ungdom over 18 år vil kunna reknast som næraste pårørande etter pasientrettighetsloven og i større grad verta involverte i sjukdomen til foreldra. Departementet vel difor å avgrensa verkeområdet for lovforslaget til mindreårige born under 18 år.

Helsepersonellet bør som rutine undersøka om vaksne pasientar har born, og ta initiativ til samtale om behovet til borna med pasienten eller pårørande. Det er viktig at denne oppgåva vert lagd til ein bestemt person, til dømes helsepersonell ansvarleg for behandlinga av pasienten eller barneansvarleg personell. Dersom helsepersonellet får på det reine at borna har fått informasjon og vurdering tidlegare, og det ikkje er haldepunkt for å tru at barnet ynskjer eller har trong for noko som helsepersonellet kan medverka med, vil det ikkje vera grunn for helsepersonellet til å ta opp saka. Dette kan undersøkjast ved å ta temaet opp med pasienten.

Helst skal informasjon og oppfølging skje i regi av foreldra. Det følgjer av barnelova § 30 at den som har foreldreansvar har rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege forhold. Helsepersonell bør gje hjelp når foreldra kjenner trong for råd og hjelp eller når det er på det reine at foreldra ikkje i tilstrekkeleg grad tek hand om behova til borna. Ei plikt til å hjelpa foreldra og borna bør jamvel gjelda generelt, slik at også tilsynelatande ressurssterke pasientar får tilbod om hjelp og råd. Eit døme kan vera at pasientar som får kreftdiagnose ofte vil vera i tvil om dei bør fortelja borna kva som skjer og i tilfelle kor mykje og på kva måte. Helsepersonell kan i slike tilfelle hjelpa foreldra med å vurdere kva borna bør få vita og gje råd om korleis borna bør informerast.

Helsepersonellet møter som regel pasienten åleine. Fleire høyringsinstansar viser til at born ofte ikkje ynskjer å visa at dei har trong for hjelp. Det er difor ofte vanskeleg for helsepersonellet å vita kva behov borna har før dei har teke saka opp med pasienten, pasienten sine næraste, barnet sjølv eller den som har omsorga for barnet. Departementet vil difor ikkje stilla opp eit vilkår om at borna må ha eit

konstatert behov for hjelp for at helsepersonellet skal ha plikt til å ta hand om behova til borna.

Innsette i fengsel som vert behandla for psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller for å vera rusmiddelavhengige vil vera i kontakt med helsetenesta. I desse tilfella vil helsetenesta stilla seg til borna på same måten som ved behandling av pasientar utanfor fengsel. Born til fengselsinnsette som får helsehjelp vil difor vera ei av målgruppene for reguleringa av helsetenesta.

4.5.4 Nærmare om kva helsepersonell skal medverka med

Departementet sitt forslag til lovendringar har til føremål å regulera helsepersonellet, og dermed helsetenesta sitt forhold til utsette born og omsorgspersonane deira.

Informasjon og oppfølging av borna skal helst skje i regi av foreldra. Helsepersonell som yter helsehjelp til foreldre, bør likevel som rutine vurdere behovet for å ta opp forhold som er viktige for barnet med foreldra eller andre som har omsorga for barnet. Det er spesielt viktig å formidla kunnskap om kva andre tenester kan tilby og framheva kva som vert mogleg ved samarbeid.

Helsepersonell bør samarbeida med andre tenester ved tilvising og kontakt i ein overgangsfase, men ikkje ta på seg oppgåver som andre tenester tek seg av. Dette inneber at helsepersonell ikkje åleine skal ha ansvaret for å gje borna eit heilskapleg tilbod eller koordinera innsatsen frå ymse tenester. Det er i dag barnevernet som har eit koordinerande ansvar for born som treng omfattande oppfølging.

Både born og foreldre er best tente med at det ikkje er konflikstar om viktige avgjerder, og at foreldra og hjelpeinstansen kan samarbeida til barnets beste. Røynsler viser at samtalar om behova til borna vert opplevde som konstruktive og avlastande for dei fleste foreldre.

Behova borna har for heilskapleg, spesialisert og meir langvarig hjelp vert regulert alt i barnevernlova og helselovgjevinga. Behov for helsehjelp må følgjast opp på vanleg måte av helsetenesta. I tilfelle der det er grunn til å frykta at barnet har eller kan utvikla angst, depresjon eller andre psykiske lidningar, vil retten til helsehjelp alt følgja av den ordinære helselovgjevinga, jf. pasientrettighetsloven kapittel 2. Det same gjeld der rusmisbruken til foreldra har fått konsekvensar for små borns helse. Dersom det er trong for helsehjelp kan lækjar eller andre med tilvisingsrett, tilvisa barnet til andre delar av helsetenesta for utgreiing og eventuell behandling. Det er difor ikkje trong for å regulera be-

hova borna har for helsehjelp nærare. Eit større fokus på samtalar med foreldra og borna kan føra til at fleire born som har eit reelt behov for helsehjelp vert fanga opp tidlegare enn i dag.

Dersom det er trong for tiltak overfor borna som pasienten eller annan forelder ikkje samtykkjer i, må helsepersonellet vurdere om det kan vera aktuelt med melding til barnevernet ved grov omsorgssvikt, jf. lov om barneverntenester § 6-4.

Departementet meiner at det ikkje er aktuelt, slik Helsedirektoratet føreslår, å innføra unntak frå teieplikta for at helsepersonell i ein innleiande fase skal kunna undersøkje kva behov borna har. Grunngevinga er fyrst og fremst at bruk av opplysningar underlagt teieplikt i kartleggingsfasen, mot pasientens vilje, ikkje vil vera grunngeven i faktisk kunnskap om at barnet er skadelidande. Omfattande undersøkingar frå helsepersonellet si side vil føra til at mange kan få kunnskap om sjukdomen til pasienten, også i tilfelle der pasienten ikkje har born eller borna ikkje har trong for oppfølging. Ynsket til pasienten om at helsetilstanden ikkje skal opplystast til andre må respekterast så langt som mogleg. Vidare er det slik at dei andre verksemdene og tenestene som det kan vera aktuelt å kontakta også er bundne av teieplikt etter eige regelverk.

På denne bakgrunnen reknar departementet at døme på dei mest aktuelle og relevante oppgåvene som helsepersonellet bør ta hand om er som følgjer (opprekninga er difor ikkje meint å vera fullstendig):

- *Skaffa seg generell informasjon* om lokale samarbeidspartnarar som kan ta vare på barnet sine interesser, slik som barnevernet, helsestasjons- og skulehelsetenesta, skule og barnehage, relevante delar av spesialisthelsetenesta og frivillige organisasjonar. Samhandling mellom ulike helsetenester, etatar og frivillige organisasjonar har mykje å seia for å kunna dekkje behova borna har på ein god måte over tid. Kunnskap fremjar samarbeid.
- *Avklara om pasienten har born* ved å spørja pasienten eller andre som er i følgje med pasienten. Ved akutte innleggingar og andre situasjonar der pasienten ikkje kan følgja opp alle delar av omsorgsansvaret, bør helsepersonellet også søkje å avklara om andre tek hand om omsorga. Dersom helsepersonellet ikkje får svar på spørsmålet eller av ymse grunnar ikkje festar lit til svaret, kan dei velja å undersøkje dette nærare, til dømes ved å slå opp i folkeregisteret. Det vil truleg vera i sjeldne tilfelle at pasienten ynskjer å skjule at vedkomande har born.
- *Vurdere om borna har trong* for informasjon eller anna oppfølging. Normal situasjonen er at fo-

reldra ynskjer å følgja opp eigne born, men at sjukdomen kan gjera dette vanskeleg. Helsepersonellet må difor vurdera om pasienten kan ha trong for hjelp til å ta hand om ansvaret sitt. Utgangspunktet for vurderinga vil vera kunnskapen helsepersonellet har om korleis born typisk vil reagere på sjukdomen til foreldra, men samtalar med dei involverte om det einskilde barnet vil normalt også kunne vera nødvendig.

- *Tilby informasjon og rettleiing* til pasienten eller andre som har omsorg for barnet om korleis borna kan takast vare på. Det er mellom anna aktuelt å spørja om kva foreldra sjølve har tenkt med omsyn til å involvera borna, gje råd om kva som bør seiast og korleis, og å gjera merksam på andre tenester som kan hjelpa foreldra og borna i sjukdomssituasjonen. For barnet vil det beste som regel vera at foreldra avgjer korleis barnet bør takast hand om. Helsepersonell bør difor medverka til å gjera foreldra sjølve i stand til å dekkje behova til borna.
- *Aktivt innhenta samtykke* frå pasienten eller annan forelder for å medverka til å følgja opp barnet, til dømes til å snakka med barnet dersom det er ynskjeleg eller til å kontakta andre tenester for vidare oppfølging.
- *Medverka til at det vert gjeve informasjon* om sjukdomstilstanden til pasienten, behandling og kva samvær som er mogleg til barnet og den andre forelderen eller andre som har omsorg for barnet. Dette kan oppfyllast ved at pasienten gjev informasjon vidare til eigne born eller ved at helsepersonellet samtalar direkte med borna. Korleis dette skal løysast i det einskilde tilfellet vil vera avhengig av kva som vert avtala eller kva situasjonen tilseier. Departementet føreslår ikkje unntak frå teieplikta i denne samanhengen, sjå omtale og vurdering under kapittel 5.
- *Nedteikna i journalen* om pasienten har born, om barnet har trong for informasjon, korleis pasienten har reagert på tilbod om hjelp til følgja opp barnet og kva tiltak som er eller skal setjast i verk. Departementet tek sikte på å gje nødvendige presiseringar i journalforskrifta.

Departementet reknar fleire av desse punkta for å vera så sentrale at det vert føreslått at dei vert attgjevne som døme i lovteksten. Plikta til å medverka til å ta vare på borna er generelt utforma og gjev uttrykk for ei holdning som skal leggjast til grunn for yrkesutøvinga til helsepersonellet. Det kan difor tenkjast situasjonar der det er naturleg at helsepersonellet hjelper born eller foreldre utan at det er

omtala ovanfor. Døma indikerer likevel kor langt ein kan venta at helsepersonellet på generelt grunnlag vil hjelpa.

Departementet ser at det vil kunna verta trong for å utdjupa pliktene til helsepersonellet i forskrift, og føreslår difor ein forskriftsheimel.

Helsedirektoratet skal utarbeida ein rettleiar om born som pårørande. Rettleiaren vil omtala kva omfang plikta har og gje faglege tilrådingar for korleis helsepersonellet i praksis bør gå fram overfor borna og foreldra.

4.5.5 Nærare om kva helsepersonell som vert forplikta

Det er ikkje alt helsepersonell som kjem i kontakt med pasienten som skal ta hand om interessene til barnet. Plikta er pålagd det helsepersonellet som yter helsehjelp til pasienten i tilknytning til psykisk sjukdom, alvorleg somatisk sjukdom eller skade eller i samband med at pasienten er rusmiddelavhengig. Den som isolert sett behandlar til dømes den brotne foten til ein psykiatrisk pasient, som undersøker tannhelsa eller liknande har difor ikkje plikter etter føresegna.

Plikta til å vurdera og følgja opp behova til borna bør ved større verksemder fyrst og fremst gjelde helsepersonell med ansvar for den aktuelle behandlinga av pasienten. Det er desse som normalt står pasienten nærast og som bør ta avgjerda om når og korleis situasjonen til borna skal takast opp. Ei avgrensing av den personkrinsen som skal ta initiativ overfor foreldre og born vil hindra at pasientane vert spurde om borna gong på gong av anna helsepersonell som ikkje er vorte orientert om at ein alt har hatt dei nødvendige samtalanene. Dette er særleg viktig for pasientar som finn det vanskeleg å snakka om forholdet til borna. Verksemda bør utarbeida interne retningsliner for dette.

Jamvel om ansvaret i utgangspunktet vert samla hos den ansvarlege for behandlinga, kan det ofte vera nødvendig at anna helsepersonell hjelper til når barnet skal takast vare på. Anna helsepersonell må til dømes melda frå om behov som vert fanga opp og ved tvil gjera sitt for å finna ut om situasjonen til borna er klårlagd. På denne bakgrunnen føreslår departementet at plikta til å ta vare på borna i utgangspunktet skal gjelda alt helsepersonell. Verksemder i spesialisthelsetenesta vil kunna utarbeida retningsliner for ei praktisk oppgåvefordeling i eiga verksemd. Praktisk tilrettelegging av ansvaret vil også kunna omtalast nærare i rettleiar.

5 Særleg om informasjon og teieplikt

5.1 Gjeldande rett

5.1.1 Inga opplysningsplikt

Helsepersonell har i dag inga lovpålagt plikt til å samtala med borna til pasienten eller omsorgspersonen til barnet. Dersom pasienten gjev samtykke har helsepersonellet rett, men ikkje plikt, til å informera andre om sjukdomen, helsetilstanden, opphaldsstad osv. Helsepersonellet har heller inga plikt til sjølv å ta initiativ til slike samtalar.

5.1.2 Hovudregelen om teieplikt – samtykke krevst

Utan samtykke frå pasienten set teieplikta klare avgrensingar for kva helsepersonellet har rett til å formidla av opplysningar. Hovudregelen om handtering av pasientinformasjon går fram av helsepersonelloven § 21, der det er bestemt at helsepersonell «skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysningar om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlege forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell».

Teiepliktreglane gjeld også mellom helsepersonell. Informasjon som kjem inn under teieplikta mellom helsepersonell kan berre utvekslast når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten, og pasienten ikkje motset seg det, eller der det ligg føre anna rettsleg grunnlag for å gje slik informasjon.

Føremålet med teieplikta for helsepersonell er å sikra at befolkninga skal ha tillit til helsetenesta og helsepersonell slik at personar ikkje unnlet å oppsøka helsetenesta for å få helsehjelp i redsle for at uvedkomande skal få tilgang til opplysningane. Tillitsforholdet er viktig for at pasienten skal kjenna det trygt å gje informasjon som kan vera nødvendig for at helsepersonell skal kunna yta best mogleg helsehjelp. Pasienten skal difor kjenna seg trygg på at dei opplysningane som vert gjevne i samband med helsehjelpa ikkje vert utleverte eller kjem til uvedkomande.

Pasienten kan samtykkja i at informasjon vert gjeven vidare. Dersom han nekta samtykke, eller om pasienten ikkje er samtykkekompetent og ein

kunne rekna med at han ville ha nekta om han hadde vore det, oppstår spørsmålet om helsepersonell likevel skal informera born, omsorgspersonar eller andre etatar. Det er gjort fleire unntak frå teieplikta som inneber at helsepersonell får ein opplysningsrett eller ei opplysnings- eller meldeplikt. Nedanføre vert berre dei unntaka som er relevante for situasjonen til borna omtala.

5.1.3 Informasjon til barnet

Detaljert informasjon om den medisinske tilstanden og behandlinga til forelderen er underlagt teieplikt og barnet har i utgangspunktet ingen sjølvstendig rett til slik informasjon. Om barnet ynskjer informasjon om foreldra for å kunna forstå sin eigen og familien sin situasjon, så kan helsepersonell normalt ikkje gje dette utan samtykke frå foreldra, dersom informasjonen kjem inn under teieplikta.

Barnet vil likevel ha rett til informasjon om tiltak helsetenesta har planlagt som har til føremål å ta vare på barnet sjølv. Slik informasjon vil vera nødvendig for at barnet kan seia si meining i samsvar med barnelova § 31. Teieplikta gjeld heller ikkje opplysningar som barnet alt kjenner til, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 1.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 fastset at teieplikt etter § 21 ikkje er til hinder for «at opplysningar gis vidare når tungtveiende private eller offentlege interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene vidare». Departementet legg til grunn at det vil vera vanskeleg for helsepersonell i anna enn naudrettslege situasjonar å kunna gje born opplysningar om foreldra som i utgangspunktet kjem inn under teieplikta med tilvising til helsepersonelloven § 23 nr. 4.

I somme tilfelle vil pasienten på grunn av medvitsløyse, psykisk lidning eller anna ikkje vera i stand til å kunna gje eit samtykke eller tenkja gjennom konsekvensane av å gje eller nekta samtykke. I desse tilfella vil pasienten ikkje vera samtykkekompetent. Helsepersonellet kan då vurdera kva pasienten ville ha meint om saka. Pårørande vil ofte kunna kasta lys over pasientens vilje. Dersom det ikkje er noko haldepunkt for noko anna, vil det normalt vera rett å leggja til grunn at ein bør gje informasjon av omsyn til pasienten si eiga interesse av å dekkje

behova til borna. I slike tilfelle ligg det føre eit presumert samtykke.

I kva grad det faktisk er mogleg for borna å få informasjon er også påverka av kva rett den andre forelderen eller andre omsorgspersonar har. Med heimel i pasientrettighetsloven § 3-3 skal dei næraste pårørande til pasienten ha informasjon om helse-tilstanden til pasienten og den helsehjelpa som vert ytt dersom pasienten samtykkjer i det eller tilhøva tilseier det. Dersom pasienten tydeleg ikkje kan ta vare på interessene sine på grunn av fysiske eller psykiske forstyrningar eller psykisk utviklingshemning, har også den næraste pårørande rett til informasjon. Den andre forelderen vil ofte vera pasientens næraste pårørande og slik få tilgang til informasjon som kan delast med barnet. Det same vil kunna skje dersom besteforeldre eller andre nærstående følgjer utviklinga til den sjuke forelderen.

5.1.4 Situasjonen der foreldra til barnet lever kvar for seg

Ein forelder med foreldreansvar har rett til opplysningar om barnet sjølv om dei to foreldra bur kvar for seg. Det gjeld opplysningar som direkte har med barnets person å gjera, men i utgangspunktet ikkje opplysningar som fyrst og fremst gjeld den andre forelderen.

Barnelova § 47 regulerer rett til opplysningar om barnet for ein forelder som ikkje har del i foreldreansvaret. Denne har i utgangspunktet rett til opplysningar om barnet frå barnehage, skule, helse- og sosialteneste og politi. Retten gjeld berre på førespurnad og inneber ingen rett til å verta halden jamleg orientert om forhold som gjeld barnet. I det ein skilde tilfellet kan ein nekta å gje opplysningar dersom det kan vera til skade for barnet. Fylkesmannen kan i samsvar til tredje leden i føresegna avgjera at den som ikkje har foreldreansvaret kan missa retten til opplysningar, dersom opplysningsretten er til skade for barnet.

5.1.5 Opplysningsplikt til barneverntenesta

Barneverntenesta har ansvar for å sikra at born som lever under forhold som kan skada helsa og utviklinga deira, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. For å kunna ta hand om denne oppgåva er ho avhengig av å få opplysningar frå andre som i samband med arbeidet sitt får kunnskap om borns situasjon. Alle offentlege tenester og mange yrkesutøvarar med profesjonsbestemt teieplikt har difor plikt til, av eige tiltak, å opplysa barneverntenesta om tilfelle der det er grunn til å tru at eit barn vert mishandla i heimen, det ligg føre andre former for

alvorleg omsorgssvikt eller når eit barn har vist vedvarande alvorlege åtferdsvanskar, jf. barnevernlova § 6-4 og helsepersonelloven § 33.

Opplysningsplikta vert utløyst dersom barnet lever i ein situasjon der det er fare for at barnet kan ta vesentleg skade. Det er såleis ikkje tilstrekkeleg at foreldra til dømes har psykiske problem eller rusproblem; det er korleis problema verkar inn på barnet som er avgjerande, jf. Helsedirektoratets rundskriv IS-17/2006. I situasjonar som ikkje er så alvorlege at opplysningsplikta er oppfylt, vil opplysningar berre kunna gjevast til barneverntenesta dersom foreldra samtykkjer i dette.

5.1.6 Opplysningsplikt til sosialtenesta om gravide rusmiddelavhengige

Barneverntenesta og helsepersonell som yter helsehjelp har opplysningsplikt til sosialtenesta når det er grunn til å tru at ei gravid kvinne misbruker rusmiddel på ein slik måte at det er all grunn til å tru at barnet vil verta fødd med skade. Dette følgjer av helsepersonelloven § 32 andre leden og av barnevernlova § 6-7 tredje leden. Føresegnene viser til sosialtjenesteloven § 6-2 a, som gjev sosialtenesta høve til å gjera vedtak om å halda gravide rusmiddelmissbrukarar tilbake i institusjon i spesialisthelsetenesta utan samtykke. Føremålet med opplysningsplikta til sosialtenesta er å unngå at eit barn vert fødd med skade som følgje av at mor misbruker rusmiddel under svangerskapet.

5.2 Høyringsforslaget frå departementet

Departementet vurderte trongen for ei særskilt regulering av dei tilfella der den sjuke forelderen ikkje ynskjer å samtykkja i at barnet får informasjon. I desse tilfella vil helsepersonellet som hovudregel vera bunde av teieplikta i helsepersonelloven. Den interessa den sjuke forelderen sjølv har for å halda kontroll over eigen informasjon og forholdet til barnet, vart vege opp mot interessa barnet har av å få informasjon i vanskelege eller traumatiske situasjonar. Det vart lagt vekt på at eit minimum av informasjon kan vera til stor hjelp for barnet, utan at det utgjør eit stort inngrep i personvernet til foreldra og eigarskapen deira til eigen informasjon. Konklusjonen var at teieplikta ikkje kunne gjelda utan unntak.

Departementet føreslo at helsepersonell, utan hinder av lovbestemt teieplikt, skulle påleggjast plikt til å gje borna til pasienten strengt nødvendig og grunnleggjande informasjon om sjukdomstilstanden og behandlinga til forelderen. Foreldra

skulle ikkje, med tilvising til foreldreansvaret, kunna nekta helsepersonellet å gje barnet informasjon. Terskelen for å informera barnet vart føreslått sett høgare i tilfelle der foreldra har nekta samtykke enn der samtykke ikkje var mogleg å innhenta. Dersom pasienten var samtykkekompetent skulle informasjon berre gjevast dersom helsepersonellet vurderte det slik at barnet kunne verta skadelidande utan denne informasjonen og tungtvegande omsyn til pasienten ikkje tala imot det.

Med strengt nødvendig og grunnleggjande informasjon meinte ein mellom anna kvar foreldra er, kor lenge dei skal vera der, alminneleg tilgjengeleg informasjon om sjukdomsforholdet, at sjukdomen til foreldra ikkje er noko som kan lastast borna og at dei vil verta tekne godt vare på. Dette er informasjon som direkte har noko å seia for tilværet til barnet og planlegging av omsorgssituasjonen i nær framtid. Detaljert informasjon om kor alvorleg tilstanden er, behandlingssopplegg og behandlingssut-sikter burde foreldra likevel etter høyringsnotatet kunna halda for seg sjølve.

Departementet føreslo vidare at helsepersonell, uavhengig av teieplikta, skulle gje andre som har omsorga for barnet informasjon som er strengt nødvendig for å sikra barnet samvær med pasienten. Døme på slik informasjon er kvar den sjuke forelderen kan besøkjast, når og kva forholdsreglar barnet og den andre forelderen eventuelt bør ta. Føremålet var å syta for at barnet kunne ha samvær med pasienten sjølv om det låg føre ein konflikt mellom foreldra. Informasjonen skulle etter forslaget gjevast på førespurnad frå den som har omsorga for barnet medan pasienten er til behandling. Slik informasjon skulle berre gjevast dersom det var til barnets beste. I tilfelle der pasienten nektar samtykke, eller helsepersonellet har grunn til å tru at pasienten vil motsetja seg at informasjonen vart gjeven, rekna departementet at samvær uansett neppe kunne gjennomførast på ein positiv måte for barnet. Desse tilfella vart difor unnateke frå opplysningsplikta.

5.3 Høyringa

5.3.1 Borna sitt behov for informasjon

Mange høyringsinstansar er opptekne av at borna bør sikrast meir informasjon enn det dei får i dag. Ei gruppe for ungdomar med psykisk sjuke foreldre i Stavanger, som kallar seg *Girlpower* skriv dette:

«I gruppen vår har et gjentakende tema for diskusjon vært behovet for informasjon om den fo-

relderen som er psykisk syk. Dette er et spørsmål som opptar oss mye: Hvilken diagnose har far eller mor? Hvilken type behandling får de? Når de er innlagt, hvordan har de det? Når vi har forsøkt å spørre helsepersonell om slik informasjon, har vi fått varierende grad av svar. Noen av oss har fått vite litt, mens andre opplever å bli avvist og får ingen informasjon i det hele tatt. Vi er klar over helsepersonells taushetsplikt, men vi mener at vi bør ha rett til mer informasjon enn slik det er i dag».

Sørlandet Sykehus HF gjev att denne kommentaren frå ei 18 år gammal jente med psykisk sjuk forelder som representativ for kva informasjon born sjølve ynskjer:

«Jeg syns det er veldig viktig at barna får informasjon om hvorfor forelderen er innlagt, hva sykdommen går ut på, og hvordan det kan hjelpe mamma/pappa å bli innlagt. Det med hvordan mamma/pappa skal få hjelp tror jeg er spesielt viktig. Når det er snakk om fysiske sykdommer vet de fleste at man kan operere osv, men det er nok mye vanskeligere for et barn å skjønne hva sykehuset kan gjøre for en sykdom som ikke "synes". Jeg syns også at barna skal få vite hvordan livet til forelderen kommer til å bli på sykehuset».

Rådet for psykisk helse meiner at hemmeleghald overfor born skaper fleire problem enn det løyser, og at fantasi eller forklaringar hos borna ofte har verre konsekvensar enn nøktern og alderstilpassa informasjon om sanninga. Døme på negative konsekvensar er at barnet får høyra sanninga av uvedkommande, at foreldra oppfører seg på uforklarleg og uventa måte, overdriven oppleving av fare for foreldra, ugrunna skuldkjensle og redsle for å få dei same problema som foreldra.

Helsetilsynet i Hordaland oppsummerer informasjonsbehovet på ein måte som synest å vera dekjande for dei mange og detaljerte innspela frå fagmiljøa:

«Hvor forelderen fysisk oppholder seg, og hvor lenge oppholdet antas å vare. Når og hvor ofte forelderen kan besøkes, og når forelderen kommer hjem på eventuell permisjon. Helsepersonell må også kunne opplyse konkret om sykdommens karakter, uten nødvendigvis å opplyse om diagnose. Det må videre kunne opplyses om barnet bør ta noen forholdsregler når de besøker forelderen, f. eks. ved endret adferd hos pasienten. Helsepersonell bør også ha mulighet til å forberede barnet på helt konkrete fysiske endringer hos pasienten, som følge av medisin og behandling».

Fleire fagmiljø presiserer også trongen for at helsepersonellet tilpassar informasjonen til kor gamle, mogne og utvikla borna er. *Kreftforeninga* viser til at førskuleborna treng forsikring om at dei ikkje er skuld i at mor eller far er sjuke og at kreft ikkje smittar. Foreininga meiner ungdom ynskjer klår tale, å få opne og ærlege svar på det dei spør om og at dei får vita sanninga «utan innpakking».

5.3.2 Informasjon utan konflikt med teieplikta

Mange av høyringsinstansane framhevar kor viktig det er at helsepersonellet fyrst skal søkja å innhenta samtykke frå pasienten ved å forklara føremålet med å gje barnet opplysningar om sjukdom og behandling og kva konsekvensar det vil kunna få dersom barnet ikkje får denne informasjonen. Det vert framheva at eit samarbeid med pasienten vil leggja til rette for ei god oppfølging av barnet over tid og hindra meir konfliktar i familien.

Fleire høyringsinstansar viser til at helsepersonellet ofte kan hjelpa borna med informasjon på ein måte som ikkje kjem i konflikt med teieplikta. *Barneombodet* legg vekt på at teieplikta ikkje gjeld opplysningar som barnet kjenner til frå før og at helsepersonell difor bør kunna følgja opp den kunnskapen som barnet alt har. *Barneombodet* understrekar at born, frå dei er svært unge, får med seg mykje meir av kva som skjer i omgjevnadene deira enn kva me vaksne ofte trur dei gjer. På bakgrunn av dette reknar ombodet at det bør vera mogleg å gje barnet nøytral informasjon om tilstanden til forelderen, som til dømes at åtfërda og oppførselen til foreldra ikkje er uvanleg for ein person med same lidinga eller som er rusavhengig på same måten.

Telemark Sykehus HF, Psykiatrisk klinikk, framhevar at visse opplysningar om foreldra samstundes er opplysningar som også tilhøyrer barnet. Informasjon om korleis det kan opplevast å vera barn til psykisk sjuke foreldre, har ikkje med teieplikta å gjera, men handlar om korleis barnet betre kan meistra eige liv og ta vare på seg sjølv. Informasjon om tilstanden til foreldra treng heller ikkje seia brot på teieplikta meiner helseføretaket, dersom informasjonen vert gjeven på eit meir generelt grunnlag utan å gå detaljert inn på behandlinga og konsekvensar av sjukdomen. I mange tilfelle kan det til dømes vera nok å forsikra barnet om at forelderen vert teken godt vare på.

Landsforbundet mot stoffmisbruk er oppteke av kor viktig det er at vaksne ikkje nødvendigvis har «dei rette orakelsvara», men at dei lyttar til det som borna er oppteke av og hjelper dei til sjølve å finna svar.

5.3.3 Ynske om informasjon mot pasientens vilje

Høyringsinstansane er splitta i synet på om barnet likevel bør kunna gjevast informasjon som kjem inn under teieplikta når pasienten nektar å gje samtykke. Fleirtalet av høyringsinstansane stør ei lovending som gjev helsepersonell plikt til å gje born nødvendig og grunnleggjande informasjon om foreldre som er pasientar, sjølv om pasienten skulle motsetja seg dette. Likevel vert det også gjeve uttrykk for skepsis til forslaget i ein del høyringsinnspel.

Ei 18 år gammal kvinne som er brukar av svarenesta til Morild ynskjer at borna bør få vita så mykje som mogleg og utdjuvar dette på denne måten:

«Desto mer man skjuler, desto vanskeligere blir det for barnet å forstå og godta hva som skjer. Barnas oppførsel mot den syke forelderen kan jo da være annerledes, enn hvis man hadde visst at det kanskje var sykdommens "feil". Om foreldrene vil det eller ikke synes jeg er uinteressant, barna bør ha rett til å få vite det hele. Dog, litt i doser ut i fra alder. Det er likevel viktig å ikke undervurdere oss. Vi fleste er psykisk mye eldre og mer erfarne enn de fleste på vår alder».

Voksne for Barn framhevar at det er barnets beste og behov som skal vera utgangspunktet. Det er ynskjeleg at foreldra deltek aktivt, men foreininga er prinsipielt usamd i at dei vaksne i familien skal avgjera kva som skal seiast.

Helsetilsynet i Hordaland legg vekt på at det å gje noko informasjon kan grunnleggjast i eit langsiktig, førebyggjande, helsefremjande perspektiv.

Sørlandet sykehus HF ved det nasjonale kompetansesenteret BarnsBeste, meiner at barnet i utgangspunktet alltid bør kunna få informasjon som kvar forelderen er, generelt om kvifor forelderen er pasient, kva hjelp som er aktuell og kva kontakt som er mogleg, også jamvel om pasienten motset seg det. For at informasjonen skal kunna haldast tilbake, må tungtvegande omsyn vega tyngre enn barnets beste. Døme på slike unntak bør etter det sjukehuset meiner vera dersom det er fare for helse og tryggleik for pasienten, som i familievaldstilfelle eller om pasienten har vore innlagd gong på gong og sjeldan har kontakt med borna og den daglege omsorgspersonen til borna.

Diakonhjemmet sykehus framhevar at det må vurderast om konsekvensen av ein konflikt mellom ynska til den sjuke forelderen og behova til barnet kan verta verre for barnet enn mangel på informasjon. Det å lata vera å gje informasjon til barnet, må difor etter det *Diakonhjemmet sykehus* meiner berre skjje unntaksvis.

Rådet for psykisk helse meiner at forslaget frå departementet ikkje går langt nok og ynskjer ei obligatorisk føresegn som gjer det mogleg for det ein-skilde helsepersonellet å kommunisera at «samfunnet har bestemt at barna dine skal få vite det aller nødvendigste om at du er her og at det ikke er barnas skyld, fordi sånt trenger barn å vite om foreldrene sine». Rådet stiller dette spørsmålet:

«Finnes det virkelig situasjoner der barn ikke blir skadelidende av å få hemmeligholdt nødvendig og grunnleggende informasjon, og hvilke tungtveiende grunner ser man for seg at legitimerer et hemmelighold av hvor foreldre er og at de får hjelp? Er det ikke i alle disse tilfellene en overhengende fare for at barnet får kunnskap om dette for eksempel gjennom venner, erting eller forsnakkelser fra andre, og dermed løper betydelig risiko for en senere skade på sitt tillitsforhold nettopp til foreldrene? Vil ikke et slikt hemmelighold nettopp være et offentlig bidrag til å motvirke at familien holdes samlet, nemlig at man medvirker til å påføre en unødvendig avstand mellom barn og foreldre ved at barnet har merket at noe er galt med foreldrene, men holdes uvitende om elementære fakta om dette?».

5.3.4 Skepsis til unntak frå teieplikta

Helsedirektoratet, Datatilsynet, Rikshospitalet HF, Norsk Psykologforening og Advokatforeningen uttrykkjer skepsis til eit unntak frå teieplikta som opnar for at helsepersonell kan gje pasientopplysningar til borna mot foreldra sin vilje.

Helsedirektoratet meiner at utgangspunktet bør vera at det er foreldra som står for kommunikasjonen med born om sjukdom hos foreldre og at andre berre bør gripa inn dersom foreldra ikkje kan ta hand om kommunikasjonen med born dei har omsorg for. Forslaget er eit inngrep i foreldreansvaret. Direktoratet meiner at dialog om sjukdom hos foreldre primært bør skje med nære personar som barnet har eit trygt og godt forhold til og at det ikkje er sagt at helsepersonell, som barnet til vanleg ikkje vil vera særleg kjent med, er best eigna til å samtala med born om slike forhold.

Helsedirektoratet reknar vidare at ei plikt for helsepersonell til å informera borna utan samtykke frå pasienten vil kunna påverka tillitsforholdet mellom helsepersonell og pasient negativt, slik at pasienten held tilbake opplysningar eller vel å ikkje oppsøka helsetenesta. Dette kan så få negative konsekvensar for barnet. *Datatilsynet* har framført liknande synspunkt.

Helsedirektoratet framhevar risikoen for misbruk av pasientopplysningane i familiekonfliktar.

Opplysningar om sjukdomen til den eine forelderen vil kunna verta kjende for den andre forelderen som følgje av at barnet i samsvar med lovforslaget får kjennskap til helsetilstanden til denne forelderen. Skulle begge foreldra som har delt omsorg ha sjukdomar eller tilstandar som vert omfatta av lovforslaget, kan det etter det direktoratet meiner tenkjast situasjonar der den av foreldra som vedkjenner sitt behov for helsehjelp og oppsøker helsetenesta, verta den som seinare risikerer å få ei sak mot seg knytt til manglande omsorgsevne.

Datatilsynet ser at teieplikta til helsepersonellet skaper visse utfordringar når det gjeld å ta vare på dei rettane som born til pasientar har, men finn likevel ikkje å kunna støtta ei ordning som «innebærer en ytterligere uthuling av helsepersonellens taushetsplikt».

Norsk Psykologforening understrekar at utan samtykke vil ein potensielt utsetja born for meir skade ved at ein set i gang prosessar som foreldra teier om, avbryt eller på andre måtar ikkje greier å følgja opp når helsepersonell har avslutta arbeidet sitt. Foreininga viser også til at helsepersonell vert pålagt ei plikt det i praksis ikkje vil vera mogleg å gjennomføra: «Departementet skisserer for eksempel ikke hvordan man tenker at helsepersonell skal komme i kontakt med barn, få laget avtaler eller gjennomføre samtaler med barn når foreldrene motsetter seg dette». *Norsk Psykologforening* reknar også at «beskrivelsene av unntak fra taushetsplikt (i høyringsforslaget) er for vage, og vil derfor være vanskelig for helsepersonell å praktisere».

Advokatforeningen finn ikkje at det frå departementet si side er gjeve ei overtydande grunngeving for at det er trong for nye unntak frå teieplikta. Foreininga reknar med at det er manglande tilbod, heller enn manglande høve til å formidla informasjon mot pasienten sitt eige ynske, som er den viktigaste årsaka til at behova til borna ikkje vert teke godt nok hand om i dag.

Dersom det viser seg umogleg for helsepersonell å få arbeid seg fram til eit samtykke, og ein reknar med at barnet vil vera skadelidande utan informasjon, meiner *Norsk Psykologforening* og *Advokatforeningen* at ein kan setja fokus på om foreldra er i stand til å ta hand om omsorga for barnet og at helsepersonellet si meldeplikt til barnevernet difor vert aktualisert.

Advokatforeningen er positiv til at det vert gjeve føresegner med utgangspunkt i behova til borna, men vil likevel peika på ein-skilde problem med ei slik lovregulering:

«En side ved dette er at ved å gi informasjon til barnet, vil man også i mange tilfeller nødvendig-

vis gi informasjon til den andre forelderen. En annen side er at bestemmelsene gir helsepersonell en informasjonsplikt uavhengig av hva den andre forelderen mener. Det er betenkelig at enkeltstående helsepersonell skal overprøve foreldrenes vurdering av hva som er til barnets beste. Dersom man ikke når frem ved dialog, er det grunn til å spørre seg om en slik regel vil være til barns beste. Hvordan reglene skal virke i situasjoner hvor foreldrene ikke bor sammen, og eventuelt også er i konflikt om omsorgen for barnet, synes ikke gjennomtenkt. Advokatforeningen frykter derfor at reglene ikke vil bidra til løsninger i vanskelige konfliktsituasjoner, men heller bidra til uklarhet og ytterligere konflikt».

5.3.5 Særleg om informasjon til omsorgsperson

Eit stort fleirtal av høyringsinstansane stør departementet sitt forslag om at når ikkje-samtykkekompetent pasient motset seg det, skal helsepersonellet gje omsorgspersonen informasjon som gjev barnet høve til å få samvær med pasienten.

Mange av høyringsinstansane har uttala seg om kva slags informasjon omsorgspersonen til barnet bør ha. Så godt som alle, mellom andre *Rikshospitalet HF*, *Landsforbundet mot rusmisbruk* og *Norsk Psykologforening*, meiner at barnet ikkje bør ha meir informasjon enn den som tek hand om barnet. Ein åtvarar mot å gje born informasjon som det må halda hemmeleg for sine næraste.

Fleire av høyringsinstansane, mellom andre *Legeforeningen*, *Helsetilsynet i Hordaland*, *Voksne for Barn*, *Barneombodet*, *RBUP Nord* og *Diakonhjemmet sykehus* meiner at omsorgspersonane til barnet, av omsyn til at dei skal ta vare på barnet, bør få meir informasjon enn det som er nødvendig for å kunna gjennomføra samvær.

Fleire høyringsinstansar peikar på at det er ein spesielt krevjande situasjon når det har vore tilfelle med familievald, trugsmål og alvorlege problem dei vaksne i mellom. I slike tilfelle vil det vera unaturleg at omsorgspersonen får informasjon om opphaldsstaden og helsetilstanden til pasienten. *Voksne for Barn* meiner at fokus må setjast på at born skal ha tryggleik og vern, og informasjon i slike tilfelle bør gjevast til omsorgspersonar som har noko positivt å seia for barnet.

Voksne for Barn viser til at foreininga får ein del telefonsamtalar der det går fram at psykisk sjukdom og rusproblem vert nytta som argumentasjon i omsorgskonfliktar mellom foreldra etter skilsmåll. Foreininga har likevel det synet at ein også i slike samanhengar skal gje informasjon, men leggja vekt

på samarbeid med familievernet for å dempa konflikten. Foreininga understrekar kor viktig det er at alle relevante tenester i slike tilfelle gjer behova til barnet tydelege for foreldra.

5.3.6 Om manglande samtykkekompetanse

Kreftforeningen, *Voksne for Barn* og *Diakonhjemmet sykehus* meiner at barnet og omsorgspersonen bør få den same informasjonen når pasienten er samtykkekompetent som når pasienten ikkje er det. Grunngevinga er at behova til barnet ikkje vert påverka av helsepersonellet si vurdering av samtykkekompetansen til forelderen.

Advokatforeningen og *Bergen kommune* viser til at det ikkje bør vera slik at helsepersonell skal ha ei plikt utan atterhald til å gje born informasjon om pasientar som manglar samtykkekompetanse. Helsepersonellet må i slike tilfelle vurderer om pasienten ville ha nekta samtykke eller om helsepersonellet handlar i pasienten si interesse ved å setja teieplikta til side. *Bergen kommune* opplyser om at dagens praksis i hovudsak er at mindreårige born får informasjon utan hinder av teieplikta når helsepersonell oppfattar situasjonen slik at dette er ynsket til den ikkje samtykkekompetente forelderen og det er til barnets beste.

5.4 Departementet sine vurderingar og forslag

5.4.1 Opplysningsplikt for å dekkje behovet borna har for informasjon

Høyringsinstansane stadfester at born ofte har behov for tilpassa informasjon om kva som skjer med foreldre som vert behandla i helsetenesta. Born vil òg ha god nytte av å kunna samtala med vaksne som kan informera og svara på spørsmål på ein måte som er tilpassa det utviklingsnivået barnet er på. Mangel på informasjon skaper utryggleik og grobotn for uheldige mistydingar. Særleg tydeleg er dette i dei fråsegnene som born og unge har kome med til departementet. Høyringsinstansane understrekar kor mykje det har å seia at helsetenesta kan medverka med å gje borna påliteleg og balansert informasjon.

Departementet meiner at helsepersonellet ikkje berre bør ha høve til å informera barnet om helsetilstand, behandling og andre forhold som har noko å seia for barnet, men at det også bør vera ei plikt.

Departementet føreslår på denne bakgrunnen å presisera i lov at helsepersonell skal medverka til at barnet og den andre forelderen eller omsorgsper-

son, i samsvar med reglane om teieplikt, får informasjon om sjukdomstilstanden til pasienten, behandling og kva samvær som er mogleg. Ei slik opplysningsplikt kan tolkast inn i forslaget om ei generell plikt til å medverka til å ta vare på borna, sjå kapittel 4.5 ovanfor og forslag til § 10 a fyrste ledd. I høyringa rekna departementet at ei slik tolking ville vera tilstrekkeleg. Etter ei ny vurdering ser departementet at det trengst ei uttrykkeleg lovføresegn som sikrar at helsepersonell tek sin del av ansvaret for å følgja opp informasjonsbehovet til borna.

Eit informasjonsansvar vil ikkje koma i konflikt med reglane om teieplikt dersom informasjonen er av generell art og ikkje er knytt til den konkrete situasjonen til pasienten. Døme på dette er informasjon om at borna ikkje sjølve kan lastast, at forelderen får god hjelp, høve til besøk dersom barnet alt veit kvar forelderen er, kva ein kan venta seg av behandlingstilstanden og korleis borna kan få hjelp til å meistra situasjonen. Teieplikta vil heller ikkje vera til hinder for å gje informasjon om tilstanden til foreldra, diagnose, behandling og annan konkret informasjon dersom pasienten samtykkjer i dette.

Informasjonen skal fyrst og fremst gjevast dersom barnet, pasienten eller ein omsorgsperson bed om det. Helsepersonellet skal likevel, uavhengig av dette, vurderer kva behov barnet har og om nødvendig oppfordra pasienten til å gje informasjonen eller innhenta samtykke til at helsepersonell kan gjennomføra ein samtale, jf. forslaget til ny § 10 a om den generelle plikta helsepersonell har til å ta vare på interessene til barnet. Det kan også oppstå situasjonar der barnet er åleine med pasienten, til dømes ved akutte innleggingar, og det ikkje er mogleg å ta samtykke opp med pasienten. I slike tilfelle bør helsepersonellet gje borna slik grunnleggjande og nødvendig informasjon som ikkje går ut over teieplikta som nemnt ovanfor.

Det kan ofte vera tenleg at informasjonen vert gjeven til pasienten eller ein annan omsorgsperson, som i sin tur kan samtala med barnet når det fell naturleg. Dette er i tråd med oppfatninga høyringsinstansane har om at det normalt vil vera best for barnet at pasienten, ein annan forelder eller ein omsorgsperson formidlar informasjonen om sjukdomen til forelderen. Alternativt kan helsepersonellet verta samd med dei vaksne om at det er helsepersonellet som skal føra samtalen med barnet eller at barnet skal vera med på ein familiesamtale der pasienten også er til stades. Departementet vil difor ikkje påleggja helsepersonellet ei plikt til alltid sjølv å gje barnet informasjonen. Det vil vera nok at helsepersonellet handlar på ein måte som medverkar til å ta hand om informasjonsbehova til barnet. Krava

til kva helsepersonellet må gjera for å oppfylle plikta si til å formidla informasjon vil kunna utdypast i forskrift og rettleiar.

Det er viktig å leggja til rette for at dei som best kjenner barnet får teke stilling til kva informasjon som bør gjevast. Desse forholda talar for at helsepersonellet fyrst og fremst bør gje den relevante informasjonen til pasienten eller ein annan som skal ha hand om barnet, og at vedkomande bør ha det avgjerande ordet.

5.4.2 Barnet bør ikkje få meir informasjon enn omsorgsperson

Det er høyringsinstansane si vurdering at det som eit klart utgangspunkt vil vera uheldig å gje born annan og meir informasjon enn det som vert gjeve til den andre forelderen eller omsorgspersonen. Ein kan ikkje be barnet om å halda informasjonen hemmeleg for sine næraste og barnet bør få tilfredsstilt behovet sitt for å snakka om temaet. Det er til sine næraste barnet vender seg for å kunna forstå nye omgjevnader og omveltingar i kvardagen. Dessutan er det uheldig om ein omsorgsperson som av omsyn til pasienten ikkje bør ha ein bestemt type informasjon, likevel skulle få det via barnet. Departementet deler desse synspunkta og legg til grunn at barnet ikkje bør få meir informasjon enn det som kan gjevast til den andre forelderen eller omsorgspersonen. I den vidare drøftinga vert det difor ikkje gjort eit skilje mellom informasjon til barnet og informasjon til omsorgsperson slik det vart gjort i høyringsforslaget.

5.4.3 Opplysningsplikt når pasienten ikkje ynskjer å samtykkja?

5.4.3.1 Pasientar med manglande samtykkekompetanse

Departementet har merkt seg at dei fleste høyringsinstansane som uttalar seg om dette, meiner at helsepersonell skal gje barnet og omsorgspersonen informasjon på dei same vilkåra som når pasienten har samtykkekompetanse. Departementet deler denne oppfatninga og legg avgjerande vekt på at interessene til ein pasient som ikkje er samtykkekompetent bør vera verna på same måten som interessene til ein samtykkekompetent pasient. Helsepersonellet bør, som i dag, vurderer kva ein ikkje-samtykkekompetent pasient ville ha ynskt, og ta stilling til om det ligg føre eit presumert samtykke før det vert teke avgjerder. Dersom ein kjem til at ein ikkje-samtykkekompetent pasient ville ha ynskt å halda informasjonen skjult for barnet, bør lova ikkje opna for å gje slik informasjon mot pasientens

vilje i større grad enn dersom pasienten hadde vore samtykkekompetent.

Departementet vel på denne bakgrunnen ikkje å vidareføra forslaget om ei særskild regulering av opplysningsplikta for dei tilfella der pasienten manglar samtykkekompetanse.

I det følgjande behandlar ein difor dei tilfella der pasienten ikkje er samtykkekompetent på lik linje med dei tilfella der pasienten er samtykkekompetent. Spørsmålet er då om, og eventuelt i kva grad, helsepersonell skal ha plikt til å gje born til pasientar og omsorgspersonane deira informasjon som kjem inn under teieplikta når pasienten set seg imot det.

5.4.3.2 Høve til å formidla informasjon som kjem inn under teieplikta

Helsepersonell skal søkja å innhenta samtykke frå pasienten til å gje opplysningar om sjukdom, behandlingssopplegg og anna som barnet kan ynskja å få vita om. Om nødvendig bør helsepersonellet snakka om føremålet med å gje barnet slik informasjon og kva konsekvensar det vil kunna få dersom barnet ikkje får gode forklaringar.

Dersom forelderen ikkje samtykkjer i å informera barnet om helsetilstanden, eller det ikkje kan presumerast eit samtykke frå pasientar utan samtykkekompetanse, vil helsepersonellet som hovudregel vera bunde av teieplikta i helsepersonelloven, sjå omtale i kapittel 5.1. Konkrete opplysningar som gjeld behandlingsstaden, sjukdomen og behandlinga til pasienten vil difor ikkje kunna gjevast til borna eller omsorgsperson.

Borna ynskjer likevel også konkrete svar, og det er eit ynske som truleg vert forsterka med alderen på barnet. Dette går fram av fråsegnene frå høyringsinstansane, og særleg fråsegnene frå borna og ungdomane.

I høyringsnotatet rekna departementet at omsynet til borna burde vega så tungt at helsepersonell burde gjevast opplysningsplikt utan omsyn til teieplikta når barnet hadde sterk trong for informasjon om kva som skjer med ein sjuk forelder. Dette vart nærare definert til å gjelda dersom barnet vart skadelidande utan denne informasjonen og tungtvegende omsyn til pasienten ikkje tala imot det. Bakgrunnen for forslaget var at born kunne ha trong for å snakka om og forstå meir av kva som skjer med foreldra. Tvangsinnlegging av ei mor eller far vart nytta som døme på ein situasjon som kan vera opprivande og skadeleg for barnet. I slike tilfelle talar omsynet til barnets beste for at dei får tilstrekkeleg informasjon om kva som skjer, slik at dei betre kan forstå konsekvensane for si eiga nære framtid.

Omsynet til borna må vegast mot omsynet til pasienten. Berre det faktumet at det finst eit snevert unntak som gjev helsepersonell høve til å gje barnet informasjon mot pasientens vilje, kan skapa frykt hos pasientar som går ut over tilliten til behandleren. Pasienten kan då velja å lata vera å oppsøkja hjelp eller å halda informasjon tilbake, noko som vil gjera situasjonen verre for familien og barnet. Det vil dessutan vera ei tilleggsbør for pasienten å mista styringa over forholdet til borna og formidlinga av eigen informasjon. Desse forholda vart omtala i høyringsnotatet og førte til at departementet prøvde å avgrensa unntaket til å vera ein tryggleiksventil.

Høyringsinstansane er splitta i synet på om helsepersonell bør ha ei opplysningsplikt overfor borna for informasjon som kjem inn under teieplikta. Fleirtalet av høyringsinstansane ynskjer at helsepersonellet også utan samtykke skal kunne gje informasjon som kjem inn under teieplikta, dersom barnet kan verta skadelidande.

Andre høyringsinstansar, som *Helsedirektoratet* og *Advokatforeningen*, meiner at departementet ikkje har lagt tilstrekkeleg vekt på dei uheldige konsekvensane av at born og andre omsorgspersonar vert informerte mot pasienten sin vilje.

Departementet her særleg merka seg at *Norsk Psykologforening* har peika på at det kan vera til større skade for barnet at informasjon som kjem inn under teieplikta vert gjeven mot foreldra sin vilje enn at slik informasjon ikkje vert gjeven. Dei viser til at helsepersonellet bør byggja opp under samholdet i familien framfor å medverka til splitting og auka konfliktnivå, av omsyn til både pasienten og barnet.

Høyringsinstansane har vidare aktualisert fleire forhold som viser at behovet for å fråvika teieplikta truleg vil vera aktuelt i få tilfelle. *Advokatforeningen* peikar på at problemet truleg meir er at det ikkje vert teke initiativ overfor pasienten til å snakka om behova til borna enn at pasienten nektar samtykke. Dette er også det inntrykket departementet sit att med etter å ha teke spørsmålet opp med helsepersonell i samband med møte og konferansar der forslaget har vore tema. På spørsmål er det svært få som viser til røynsler der pasientane har nekta å involvera borna når helsepersonellet har teke dette opp. I einskilde tilfelle tek det rett nok noko tid å få aksept for kor viktig det er å informera borna, men prosessen fram til eit samtykke kan i seg sjølv vera av stor verdi for det framtidige familieforholdet. Departementet har ikkje funne studiar som kan avsan- eller stadfesta desse opplysningane.

Departementet legg til grunn at samtalar med foreldra om behova til borna i dei aller fleste tilfella vil føra til at desse vert tekne hand om på ein god

måte. Behovet for ei opplysningsplikt om informasjon som kjem inn under teieplikta synest difor å vera mindre enn det departementet rekna med då forslaget vart sendt på høyring.

Dagens lovgjeving vil, i samspel med forslaget til ny opplysningsplikt som omtala ovanfor i kapittel 5.4.1, i dei aller fleste tilfelle leggja til rette for at barnet kan gjevast tilstrekkeleg informasjon og støtte utan å ty til brot på teieplikta. Den andre forelderen eller andre med foreldreansvaret vil ofte vera "næraste pårørande" til pasienten med eigne rettar etter pasientrettighetsloven. I slike situasjonar kan helsepersonellet og pårørande saman medverka til at barnet får informasjon og nødvendig oppfølging innanfor ramma av teieplikta. Det er også mogleg å gje barnet generell informasjon utan at det kjem i konflikt med teieplikta, som at mor eller far vert teken godt vare på, at det ikkje er noko å lasta barnet og kva som kan gjerast for barnet. I meir akutte situasjonar der det ikkje er tid til å konferera med forelderen eller i tilfelle der pasienten ikkje er samtykkekompetent, vil helsepersonellet kunna gje barnet grunnleggjande informasjon dersom det kan presumerast eit samtykke frå pasienten. Helsepersonell kan også oppnå mykje ved å lytta til barnet. På denne bakgrunnen reknar departementet med at gjeldande regelverk og forslaget til å medverka til at barnet får informasjon innanfor ramma av teieplikta, vil vera tilstrekkeleg til å dekkja dei aller fleste tilfella der born spør etter informasjon.

Arbeidet med høyringa har vist at det er vanskeleg å stilla opp vilkår som på same tid gjev klare avgrensingar, balanserer omsynet til borna og omsynet til pasienten og tek høgd for dei mange ulike situasjonane som kan oppstå. I høyringsrunden førreslo departementet at barnet skulle gjevast informasjon som kjem inn under teieplikta dersom barnet ville verta skadelidande utan slik informasjon. Vilkåret er ei direkte og nødvendig følgje av grunngevinga for å gje barnet informasjon – å hindra at barnet tek skade. Fleire høyringsinstansar

peikar likevel på at det er vanskeleg å sjå fysisk på born om dei tek skade av den situasjonen dei er i, men at røynsle tilseier at det ofte kan vera slik. Kva born tek skade av vil også kunna variera mellom born og endra seg med alderen. Konsekvensen av dette er at eit vilkår om at barnet vil kunna verta skadelidande kan tolkast på svært ulik måte, og slik anten omfatta dei aller fleste tilfella i eit førebyggingsperspektiv eller berre dei få tilfella der barnet tydeleg lid skade. Det vil difor vera vanskeleg både å etterprøva og å vita innhaldet av avgjerda til helsepersonellet på førehand. I tillegg vert vurderinga komplisert av at born, etter det somme av høyringsinstansane meiner, kan ta meir skade av å få opplysningar mot pasienten sin vilje enn om dei ikkje hadde fått den informasjonen.

Helsepersonellet vil også i praksis vera avhengig av samarbeid med pasienten eller den som tek hand om barnet for å kunna koma i kontakt med barnet. Det kan setja helsepersonellet og borna i ein svært vanskeleg situasjon dersom foreldra ikkje ynskjer at barnet skal få informasjon.

Departementet konkluderer med at helsepersonell ikkje bør påleggjast ei opplysningsplikt overfor borna og omsorgspersonen om informasjon som kjem inn under teieplikta mot pasienten sin vilje. Det er lagt avgjerande vekt på at det kan vera til større skade for barnet at informasjon som kjem inn under teieplikta vert gjeven mot foreldra sin vilje enn at slik informasjon ikkje vert gjeven, og at dei andre lovforslaga gjev gode høve til å ta vare på omsynet til borna på mindre inngripande måtar. Dei andre lovforslaga vil etter departementet si oppfatning kunna vega opp for manglande høve til å fråvika teieplikta. Dette gjeld særleg plikta helsepersonellet har til å ta opp situasjonen til borna og moglege tiltak med foreldra.

Departementet vil på nytt kunna ta stilling til trongen for ei lovfesting av ei plikt til å formidla informasjon som kjem inn under teieplikta mot pasienten sin vilje dersom røynslene med det nye regelverket tilseier dette.

6 Barneansvarleg i spesialisthelsetenesta

6.1 Gjeldande rett

Det finst i dag inga rettsleg regulering av korleis spesialisthelsetenesta skal organisera arbeidet med å ta hand om behova til borna til pasientane. Det er inga plikt til å følgja opp borna, og dermed heller inga plikt til å ha barneansvarleg personell.

Teieplikta til helsepersonell gjeld normalt også overfor anna personell. I dag vert det berre opna for å gje informasjon til anna personell dersom dette er nødvendig for å kunna gje forsvarleg helsehjelp og pasienten ikkje motset seg det, jf. helsepersonelloven § 25 fyrste lede. Dette inneber at personell i utgangspunktet må delta i behandlinga av pasienten for å få tilgang til nødvendige opplysningar om pasienten.

6.2 Forslaget i høyringa

Departementet føreslo ei ny føresegn i lov om spesialisthelsetenester § 3-7 a som skulle påleggja helseinstitusjonar i spesialisthelsetenesta å ha tilstrekkeleg helsepersonell med ansvar for å følgja opp mindreårige born til psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar. Dette omfatta helseføretak, private sjukehus og rusinstitusjonar, men ikkje privatpraktiserande spesialistar.

Etter høyringsnotatet skulle det i utgangspunktet vera opp til kvar einskild spesialisthelseteneste å vurdera omfanget av arbeidet ut frå lokale forhold, men departementet skulle få ein forskriftsheimel til å presisera oppgåver med vidare. Føremålet med ordninga skulle vera å sikra at behova til borna vert tekne hand om, at pasientar får tilbod om hjelp til å meistra foreldrerolla og gje grunnlag for betre koordinerte tenester mellom spesialisthelsetenesta og tenester i kommunane. Departementet la til grunn at det ikkje skulle krevjast oppretta ei eiga stilling for å fylla funksjonen. Departementet fann det ikkje tenleg at stillinga som barneansvarleg skulle knytast til ei definert yrkesgruppe.

For å sikra det barneansvarlege helsepersonellet nok informasjon til å fylla funksjonen sin, føreslo departementet at dei utan hinder av teieplikta skul-

le få «informasjon som er strengt nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn». Med strengt nødvendig informasjon meiner ein opplysningar om at pasienten har born, alder, andre omsorgspersonar, generell informasjon om tilstanden til pasienten og andre opplysningar som er nødvendige for å koordinera det avdelinga må gjera for å ta vare på borna. Det skulle såleis ikkje etter forslaget gjevast detaljert informasjon om behandlinga eller helsetilstanden til pasienten.

6.3 Høyringa

Høyringsinstansane gjev brei støtte til å lovfesta plikt for verksemdar til å ha barneansvarleg helsepersonell og til at den som er utpeika må få den informasjonen som er strengt nødvendig for å ta hand om dei behova borna til pasienten har. Det vert understreka at den som får ansvaret må få nødvendig opplæring for å gjennomføra oppgåva.

Sørlandet sykehus HF, Sykehuset Asker og Bærum HF og Diakonhjemmet sykehus viser til eigne positive røynsler med barneansvarlege og støt forslaget.

Fellesorganisasjonen, Helsetilsynet i Hordaland, Borgestadklinikken og *Rogaland A-senter* åtvarar mot at ansvaret for borna vert konsentrert på ein eller få personar. Dei viser til at det å ta vare på borna bør vera ei grunnleggjande holdning hos alt helsepersonell som arbeider med psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke pasientar, og at dei som er barneansvarlege helsepersonell ikkje nødvendigvis treng vera dei som utfører arbeidet i dei einskilde familiane.

Rogaland A-senter og Helse Sør-Øst RHF støt forslaget frå departementet om at rolla som barneansvarleg bør kunna utøvast av kvalifisert helsepersonell frå alle profesjonar. *Fellesorganisasjonen* meiner likevel at kompetansekravet til slikt personell må vera minimum ei bachelorutdanning innanfor helse- og sosialfag med relevant vidareutdanning eller klinisk godkjenning som er retta inn mot utsette born og unge. *Fagrådet innen rusfeltet i Norge* meiner at dei som vert utnemnde til barneansvarlege bør ha nødvendig kompetanse om familieteori

og korleis alvorleg sjukdom kan påverka kommunikasjon og samhandling i ein familie.

Bergen kommune peikar på at det også bør vera ein barneansvarleg i primærhelsetenesta.

Helsetilsynet i Hordaland meiner at den barneansvarlege bør ha tilgang på den same informasjonen som dei andre i behandlingsteamet og at forslaget frå departementet vil kunna verta oppfatta som for restriktivt i praksis.

6.4 Departementet si vurdering

6.4.1 Barneansvarleg

Ei ordning med barneansvarleg personell ved helseføretak, private sjukehus og private institusjonar som har avtale med helseføretaka er ei viktig organisatorisk løysing for å styrkja den rettslege stillinga til borna ved alvorleg sjukdom osv. hos foreldra. Ei slik ordning vil setja lovpålagde oppgåver i system, men kan også tena som ei plattform for utvikling av lokale initiativ. Høyringsinstansane gjev brei støtte til forslaget.

Det bør etter departementet si oppfatning ikkje stillast særskilde kvalifikasjonskrav til rolla som barneansvarleg. Det er eit ansvar for arbeidsgjevaren å finna fram til rett person slik at det ansvaret og dei oppgåvene som vert lagde til stillinga kan utførast på ein forsvarleg måte. Det er heller ikkje nødvendig at den barneansvarlege er personell med helsefagleg utdanning. Også sosionomar og andre yrkesgrupper vil difor kunna vera naturlege val. Ei slik løysing vil gje større fleksibilitet i helsetenesta og kan opna for ei arbeidsdeling mellom dei ymse barneansvarlege innanfor same helseføretaket. Trongen for kompetanseheving må vurderast av arbeidsgjevar.

I mange tilfelle vil pasientar ha kontakt både med spesialisthelsetenesta og kommunehelsetenesta samstundes. Samhandling mellom ymse offentlege tenester har mykje å seia for å kunna ta hand om behova til borna som pårørande på ein god måte over tid. Barneansvarleg personell kan ta hand om samarbeidsrutinane mellom sjukehuset og vaksenpsykiatrien, barne- og ungdomspsykiatrien, barneverntenesta, kommunehelsetenestene og andre eventuelle samarbeidspartnarar, så som skule, barnehage og PP-tenesta. I samband med utskrivning frå spesialisthelsetenesta og overføring til kommunen sitt ansvar er slikt samarbeid spesielt viktig. Dei barneansvarlege kan også koordinera kontakten mellom spesialisthelsetenesta og borna og syta for at sjukehuset tilbyr samtalar med borna og foreldra.

Plikta til å medverka overfor borna skal ikkje berre kvila på dei barneansvarlege. Ansvaret vert i utgangspunktet lagt på helsepersonell som har ansvar for behandling av den sjuke forelderen, jf. forslaget til ny helsepersonellov § 10 a, medan dei barneansvarlege fyrst og fremst skal setja arbeidet i system, halda helsepersonellet oppdatert og fremja barnefokuset. Praksis vil kunna variera, men i mange verksemder vil nok behandlande helsepersonell ta ansvar for samtalanane med borna.

Det vil i utgangspunktet vera opp til den einskilde spesialisthelsetenesta å vurdera dei nærare arbeidsoppgåvene til den barneansvarlege ut frå lokale forhold, men departementet føreslår å gje ein forskriftsheimel for å kunna gje nærare reglar.

På denne bakgrunnen føreslår departementet at helseinstitusjonar i spesialisthelsetenesta skal ha tilstrekkeleg barneansvarleg personell med ansvar for å fremja og koordinera oppfølging av mindreårige born til psykisk sjuke, rusmiddelavhengige eller alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar.

Departementet føreslår ikkje ei tilsvarande lovpålagt plikt for kommunane til å utnemna barneansvarleg helsepersonell. Det er opp til kommunane å velja korleis dei vil leggja til rette for at borna skal møtast på best mogleg måte. Dei vil difor kunne velje å utnemne barneansvarlege om det er behov.

6.4.2 Informasjon til anna personell

Behandlande helsepersonell og anna helsepersonell som er direkte involvert i helsehjelpa til pasienten bør normalt ta hand om interessene til det einskilde barnet. Dette kan også vera ei aktuell oppgåve for personell som har fått spesielt ansvar for oppfølging av pasienten, familien og borna som går ut over det som tradisjonelt vert rekna som helsehjelp. Den barneansvarlege vil, i tillegg til den koordinerande rolla si, kunna hjelpa til med vurderingar i einskildsaker og delta i samtalar når det trengst. Dette tilseier at det ikkje berre er helsepersonell som bør få informasjon som er nødvendig for å ta hand om interessene til barnet. Slik informasjon bør kunna gjevast til alt personell som skal ha ei rolle i oppfølginga.

I dag kan opplysningar som ligg under teieplikta gjevast til samarbeidande personell når dette er nødvendig for å kunna gje forsvarleg helsehjelp, med mindre pasienten motset seg det. Dette følgjer av helsepersonelloven § 25. Likevel er det ikkje gjeve eit tilsvarande høve til å gje anna personell opplysningar når det er nødvendig for å ta hand om behova til borna til pasienten. Dette inneber at pasienteni kvart einskilt tilfelle må gje samtykketil at den barneansvarlege eller anna personell følgjer opp

barnet. Dette kan vera ei praktisk hindring for drøfting av korleis helsepersonellet skal bera seg åt i einiskildsaker og for korleis det kan vera mogleg for anna enn behandlande personell å medverka overfor barnet og familien. Teieplikta vil mellom anna gjera det vanskeleg for ei avdeling å utnemna ein felles barneansvarleg person.

Departementet ynskjer å leggja til rette for at borna til pasientane skal kunna følgjast opp på ein tenleg måte utan at det vert gjort store inngrep i teieplikta. Departementet føreslår på denne bakgrunnen å lovfesta at helsepersonell kan gje anna personell informasjon som er nødvendig for å ta hand om behova til borna til pasienten. Etter mønster frå helsepersonelloven § 25 føreslår departementet at samarbeidande personell kan få informasjon som er nødvendig for å ta vare på borna til pasienten, med mindre pasienten motset seg dette. I så fall må det behandlande personellet handtera situasjonen utan å involvera anna personell, noko som kan innebæra at det vert mindre høve til å følgja opp barnet.

Helsepersonellet vert i forslaget til ny helseper-

sonellov § 10 a gjeve ei generell plikt til å følgja opp behova til barnet og må sjølv velja korleis denne plikta skal utførast. Helsepersonellet bør difor ikkje påleggjast plikt til å dela informasjon med anna personell, heller ikkje barneansvarleg personell, dersom vedkomande sjølv tek ansvar for forholdet til pasienten og barnet. I staden for ei plikt bør helsepersonellet dermed få rett til å dela informasjon med anna personell.

Det vil vera nok å avgrensa informasjonstilgangen til det som er «nødvendig», slik at høyringsforslaget bruk av omgrepet «strengt nødvendig» ikkje vert vidareført. Teieplikta til helsepersonellet og samarbeid om barnets beste tilseier dette.

Helsepersonell er bunde av teieplikta etter helsepersonelloven. Det er ikkje anna personell, med mindre det uttrykkjeleg går fram av lova. Departementet føreslår difor at alt personell som får informasjon om ein pasient i samband med oppfølging av borna til pasienten skal ha same teieplikta som helsepersonell.

7 Forholdet til internasjonale menneskerettar

Lovforslaget medverkar etter departementet si meining til å gjera det lettare å ta vare på sentrale menneskerettar som rett til deltaking og medbestemming, privatliv, omsorg og familieliv.

FNs barnekonvensjon med tilleggsprotokollar vart inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettslova i 2003. Foreldra skal ha hovudansvaret for å følgja opp borna, men helsepersonell skal etter lovforslaget medverka til å styrkja foreldra si evne til å ta på seg omsorga. Dette er i tråd med artikkelane 3. nr. 2, 5 og 18 i konvensjonen.

Barnets beste skal etter artikkel 3 nr. 1 i barnekonvensjonen vera eit grunnleggjande omsyn i alle saker som har med born å gjera. Det å nytta dette prinsippet inneber at ein skal vurdera konkret og individuelt kva som er best for det einskilde barnet. Det er ikkje sikkert at det som er best for eitt barn er best for eit anna barn i same situasjonen. Føremålet med forslaget til lovendringar er å sikra barnet sine interesser og behov når foreldra er sjuke. Helsepersonellet skal difor ta utgangspunkt i behova til barnet ved samtalar, rådgjeving og vurdering av tilvising til andre tenester. Når det gjeld spørsmålet om kor mykje informasjon om pasienten barnet skal få mot pasienten sin vilje, er det svært vanskeleg på generelt grunnlag å konkludera med kva som vil vera til barnets beste. I nokre tilfelle vil det å dela informasjon vera til barnets beste, medan det i andre tilfelle kan føra til større splitting i familien. Uansett vil det i dei aller fleste tilfella vera mogleg å dela nødvendig informasjon etter dialog med foreldra eller ved å halda seg til informasjon som ik-

kje ligg under teieplikta. Departementet reknar difor at det å halda oppe teieplikta som no gjeld for helsepersonellet overfor borna og omsorgspersonane deira ikkje er i konflikt med omsynet til barnets beste, sjå kapittel 5.4.3.

Den europeiske menneskerettskonvensjonen artikkel 8 regulerer retten til privatliv og familieliv. Det å vidareføra teieplikta til helsepersonellet inneber at det ikkje vert gjort inngrep i retten foreldra har til privatliv. Lovforslaget sitt fokus på samtalar og rettleiing med utgangspunkt i behova til barnet legg til rette for at samvær kan gjennomførast i fleire tilfelle og med eit betre utbyte for foreldre og born. Slik er lovforslaget eigna til å fremja familielivet til dei det gjeld.

Det følgjer av barnekonvensjonen artikkel 12 om respekten for borns synspunkt at barnet skal ha rett til å gje uttrykk for synspunkta sine i saker som vedkjem det, og at det skal leggjast rimeleg vekt på synspunkta til barnet i samsvar med alder og kor moglege barnet er. Retten er gjennomført i barnelova § 31. Helsepersonellet skal medverka til at det vert lagt vekt på borna sine synspunkt når ein klårgjer kva behov barnet har og vurderer tiltak. Dette vil vera eit av føremåla med dei samtalane helsepersonellet har med borna, pasienten og andre omsorgspersonar som skal gjennomførast etter forslaget til ny helsepersonellov § 10 a tredje leden. Forslaget til lovendring vil difor kunna gjera det lettare for borna å uttala seg og verta høyrde når foreldra er pasientar.

8 Endring i pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden – fristar for krav om sjuketransport

8.1 Gjeldande rett

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettar (pasientrettighetsloven) § 2-6 femte leden, gjev i dag heimel til å gje forskrift om dekking av reise- og opphaldsutgifter for pasientar og utgifter til nødvendig følge. Gjeldande forskrift av 4. juli 2008 nr. 788 om rett til dekking av utgifter når pasientar reiser til undersøking eller behandling (sjuketransportforskrifta), vart gjort gjeldande 1. september 2008.

Då utgiftene til reise- og opphaldsutgifter tidlegare vart refunderte med heimel i lov 28. februar 1997 nr. 19 om folketrygd (folketrygdlova), fastsette folketrygdlova § 22-13 ein frist på seks månader for å fremja krav. Pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden gjev likevel ikkje heimel til å fastsetja fristar for å setja fram krav. Etter dagens regelverk gjeld difor den alminnelege foreldingsfristen på tre år.

8.2 Høyringsforslaget frå departementet og høyringa

I samband med høyringa av forslaget til sjuketransportforskrift føreslo departementet å endra pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden, slik at det vert gjeve heimel til å fastsetja fristar for å setja fram krav etter regelverket.

Departementet fekk 57 høyringssvar, av desse var det 14 høyringsinstansar som ikkje hadde

merknader. Ingen høyringsinstansar var imot at pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden vert endra slik at det vert gjeve heimel til å fastsetja fristar for å setja fram krav.

Fleire høyringsinstansar, mellom andre *Statens helsetilsyn*, *Arbeids- og velferdsdirektoratet* og *Den norske legeförening*, stødde forslaget om at det vert teke inn ein heimel til å fastsetja fristar for å setja fram krav.

8.3 Departementet sine vurderingar og forslag

Departementet meiner at det i praksis vil vera vanskeleg å behandla og etterprøva krav som er opptil tre år gamle. Departementet meiner det er naturleg å vidareføra den gamle fristføresegna på seks månader, som var innarbeidd som frist ved behandling av krav etter regelverket.

Behovet for fristføresegner har også ei side til eigendelsordninga, i og med at det i denne ordninga er ein frist på 6 månader for å få refundert eigen delar som er betalte etter at frikortgrensa er nådd.

I samsvar med høyringa føreslår departementet eit tillegg i pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden som opnar for at det kan fastsetjast fristar for å setja fram krav etter regelverket for sjuketransport.

9 Økonomiske og administrative konsekvensar

9.1 Generelt

Forslaget om å forplikta helsepersonell til å medverka til å ta hand om behova til borna vil setja større fokus på borna i alle delar av helsetenesta og gjeira desse betre i stand til å takla ein vanskeleg kvar- dag. Mange helseføretak og kommunar arbeider med å få dette til alt i dag.

Forslaget inneber fyrst og fremst lovregulering av at ein systematisk skal identifisera og gje tilpassa oppfølging av ei utsett gruppe born. Slik kan lov- gjevinga gje eit bidrag til å få fortgang i utviklinga og fremja likebehandling for denne gruppa.

Før lova tek til å gjelda skal Helsedirektoratet utarbeida ein rettleiar for helsepersonell om born som pårørande og skipa til regionale konferansar for å implementera lovendringane og rettleiaren. Det vil også verta utarbeidd informasjonsmateriell retta mot born. Utgiftene vert dekte innanfor bud- sjettramta til departementet.

Helsepersonell må bruka tid til å setja seg inn i det nye regelverket og orientera seg om nye plik- ter. Helsepersonelloven pålegg alt helsepersonell å halda seg oppdatert fagleg. Dette inkluderer også nytt regelverk. Arbeidsgjevar skal leggja til rette for at dette vert mogleg. Dette er ei plikt som alt ligg i lovverket og er meint å dekkja alle tilfelle av nytt regelverk.

9.2 Helseføretaka

Regionale helseføretak er i tidlegare oppdragsdo- kument bedne om å syta for at born til foreldre med psykiske lidingar eller som er rusmiddelavhengige får nødvendig oppfølging og hjelp. I oppdragsdoku- menta for 2009 er dei regionale helseføretak styrk- te med 1,0 mill kroner kvar til tiltak for born til for- eldre med psykisk sjukdom, som er rusmiddelav- hengige eller har alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Regionale helseføretak er bedne om å setja i verk tiltak for å identifisera born i denne gruppa.

I dagens takstsystem for vaksenpsykiatriske po- liklinikkar og ruspoliklinikkar eksisterer det refu- sjonstakstar for oppfølgingsmøte med fyrstelinete- nesta. Vidare eksisterer det refusjonstakstar for

«Inntak og fyrstegongskonsultasjon» og «Utgreiing eller behandling» som kan krevjast også i dei tilfella der berre pårørande er til stades, også når desse er born. Lovfesting av ordninga med barneansvarlege i spesialisthelsetenestelova medfører at helseinsti- tusjonar i spesialisthelsetenesta får eit ansvar for å ha personell med ansvar for å følgja opp dei aktuel- le borna. Dette inneber ikkje ei plikt til å etablera særskilde stillingar, men inneber ei tydeleg plasse- ring av ansvar for oppgåva og ein ventar at ho vert løyst av eksisterande personell. Økonomiske og ad- ministrative konsekvensar for helseføretak reknar ein på denne bakgrunnen med vil verta heller små, og kan dekkjast innanfor gjeldande budsjett.

9.3 Kommunane

Med heimel i folketrygdlova kapittel 5 er det fast- sett takstar som kan brukast når helsepersonell in- volverer pårørande til pasienten i behandlinga, og- så borna til pasienten. For private allmennlækjarar (fastlækjarar) og private lækjarspesialistar er det fastsett ein takst (612a) som gjeld nødvendig sam- tale med pårørande/føresett til pasient med psyki- atrisk eller nevrologisk sjukdom, kronisk alvorleg sjukdom, terminal sjukdom eller rusmiddelpro- blem osb. Forslaget vil medføra ei auka mengd konsultasjonar med pårørande til pasienten for fast- legane, men det er svært vanskeleg å talfesta auken og i kva grad dei varetek behova til barna alt i dag. Eg legg til grunn at plikta til å tilby meir informa- sjon må sjåast som ein del av den naturlege sving- ninga i konsultasjonane til fastlegane.

Lovforslaget inneber at helsepersonell skal sjå til at born som måtte ha trong for det, vert viste til vurdering og oppfølging i dei ordinære tenestene. Ein reknar med at forslaget kan føra til at born som alt har eit behov for nødvendige tenester, mellom anna helsetenester, vil oppdagast tidlegare og i større omfang. I lys av dette kan forslaget innebera, særleg i ein startfase, ein viss auke i tilvisingar av born til vurdering eller behandling i helsetenesta eller for anna oppfølging i barnevern, skule osb. Dette vil vera eit resultat av at fleire born med reel- le behov vert fanga opp av helsepersonell, og ikkje

at forslaget i seg sjølv fører til eit større behov for oppfølging. Lovforslaget vil difor ikkje føra til meir kostnader i kommunesektoren.

9.4 Samhandling

Betre samhandling vil kunna gje borna eit betre tenestetilbod og ei meir effektiv ressursutnytting i dei involverte tenestene. Forslaget til ny regulering av pliktene til helsepersonellet i helsepersonelloven § 10 a inneber at helsepersonellet må skaffa seg

oversikt over eksisterande tilbod lokalt og regionalt. Slik kunnskap fremjar samarbeid mellom helsetenesta og resten av hjelpeapparatet for born og foreldre i kommunar og frivillige organisasjonar. Opprettinga av fleire barneansvarlege i spesialisthelsetenesta vil også vera eit særleg verknadsfullt verkemiddel. Lovforslaget legg difor til rette for at borna og familiare deira får tilbod om individuelt tilpassa tiltak tidlegare og i større grad enn i dag. Dette kan i sin tur medverka til å førebyggja at born følgjer i spora til foreldra med omsyn til psykiske lidningar eller rusmisbruk.

10 Merknader til dei einskilde føresegnene

Til helsepersonelloven § 10 a

Fyrste leden gjev helsepersonell ei generell plikt til aktivt å vurdera kva oppfølging dei mindreårige borna til pasienten kan ha trong for, og om nødvendig medverka til å ta hand om desse behova. Døme på kva dette kan innebera følgjer av tredje leden.

For at plikta til oppfølging skal ta til å gjelda, er det eit vilkår at den pasienten helsepersonellet yter helsehjelp til har psykisk sjukdom, er rusmiddelavhengig eller har alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Med alvorleg somatisk sjukdom eller skade meiner ein til dømes kreft og store skadar etter alvorlege ulykker. Alvorleg psykisk utviklingshemming og alvorleg funksjonshemming er inkludert i dette sjukdomsogrepet. Avgjerande for vurderinga vil vera om helsetilstanden til pasienten er slik at han gjev eller ein kan rekna med at han vil gje vesentlege konsekvensar for nær familie og borna til pasienten spesielt. Sjå nærare omtale under kapittel 4.5.3.

Det er ikkje alt helsepersonell som kjem i kontakt med pasienten som skal ta hand om interesse- ne til barnet. Plikta er pålagd det helsepersonellet som yter helsehjelp til pasienten i samband med at han har psykisk sjukdom, er rusmiddelavhengig eller har alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Den som berre behandlar ein broten fot, som undersøker tannhelsa eller liknande til ein psykiatrisk pasient har difor ikkje plikter eller rettar etter føresegna.

Plikta til å ta hand om behova til borna gjeld fyrst og fremst for helsepersonell med ansvar for behandling av pasienten. Anna helsepersonell skal likevel når det trengst hjelpa til med å ta vare på barnet, melda frå om behov som vert fanga opp og ved tvil søkja å finna ut om situasjonen til borna er klårlagt.

Barnet må ha behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Når helsepersonell skal ta stilling til om det ligg føre ei plikt til å undersøka behova til borna nærare, vil ei viktig rettesnor for vurderinga vera i kva grad helsetilstanden til foreldra er eigna til å gjera barnet utrygt, sårbart, skapa meistringsproblem eller redsle hos barnet. Born vil kunne oppleve sjukdomen til foreldra ulikt. Helsepersonel-

let må difor ha ein låg terskel for å vurdera behova barnet har for informasjon og oppfølging.

Normalt bør helsepersonellet gjera noko dersom foreldra sjølve ikkje er eller ser seg i stand til å ta hand om behova til borna. Vidare skal røynsler delast med foreldra i tilfelle der foreldra søker råd om korleis dei bør bera seg åt overfor borna eller i tilfelle der dei tydeleg vil ha nytte av dette. Kva som skal til for å dekkja behova til borna må vurderast i det einskilde tilfellet. Mange born vil kunna få tilstrekkeleg oppfølging frå foreldra sine, og i desse situasjonane kan det vera nok å gje foreldra generell informasjon om tilbodet.

Omgrepet born til pasient bør i denne samanhengen tolkast vidt slik at born kan få hjelp jamvel om ein person som fyller foreldrerolla ikkje rettsleg sett er å rekna som forelder. Utgangspunktet må vera at born som treng oppfølging bør få tilbod om det, uavhengig av på kva måte omsorgssituasjonen er formalisert. Det avgjerande er om barnet med tanke på kjensler og omsorg kjenner seg svært nær knytt til pasienten. Omgrepet «barn av» omfattar difor både born som pasienten er forelder til og born som pasienten har eit omsorgsansvar for.

Lovforslaget omfattar alle born til personar som har rett til helsehjelp. Innsette i fengsel som vert behandla for psykisk sjukdom eller for å vera avhengige av rusmiddel vil også vera i kontakt med helsetenesta. I desse tilfella vil helsetenesta gå fram overfor borna på same måten som ved behandling av pasientar utanfor fengsel. Born til fengselsinnsette som vert behandla vil difor vera ei av målgruppene for reguleringa av helsetenesta. Det same gjeld born til asylsøklarar.

Andre leden gjev helsepersonellet ei plikt til å søkja å avklåra om pasienten har born. Med omgrepet «søke å avklare» meiner ein at helsepersonellet med enkle tiltak skal gjera forsøk på å finna ut av om pasienten har born som bør følgjast opp. Normalt vil det vera nok å spørja pasienten eller eventuelt følgje. Det er etablert tilgang direkte mot sentralt folkeregister i dei fleste sjukehus slik at helsepersonellet når det trengst kan finna opplysningar om familie sjølv når det ikkje er mogleg å spørja foreldra. Epikrise og journal kan òg innehalda opplysningar om born og tidlegare samtalar med pasien-

ten om behova deira. Departementet reknar ikkje med at helsepersonellet skal driva oppsporande verksemd ut over dette. Ved akutte innleggingar og andre situasjonar der pasienten ikkje kan følgja opp alle delar av omsorgsansvaret, bør helsepersonellet også søkja å avklara om andre tek vare på omsorga.

Tredje leden gjev viktige døme på kva oppfølging som kan vera aktuell for å ta hand om behova til borna. Ei slik opprekning er ikkje meint å vera fullstendig, men dekkjer dei situasjonane som departementet reknar for å vera mest aktuelle og relevante. Døma vil gje ein indikasjon på kor langt ein kan venta at helsepersonellet på generelt grunnlag kan hjelpa til. Det kan difor tenkjast situasjonar der det er naturleg at helsepersonellet hjelper born eller foreldre utan at tilfella uttrykkjeleg er omtala i lova.

Dersom helsepersonellet får klårlagt at borna har fått informasjon og vurdering tidlegare, og det ikkje er haldepunkt for å tru at barnet ynskjer eller har trong for noko som helsepersonellet kan medverka med, vil det normalt ikkje vera grunn for helsepersonellet til å ta opp saka. Dette kan undersøkjast mellom anna ved no og då å ta temaet opp med pasienten, andre omsorgspersonar eller, når tilhøva tilseier det, med barnet sjølv.

Etter *bokstav a* skal helsepersonellet samtala med pasienten om kva barnet treng av informasjon eller oppfølging og tilby informasjon og rettleiing om aktuelle tiltak. Spesielt ved innleggingar er det viktig å spørja om korleis borna vert tekne vare på.

Innanfor rammene av teieplikta skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet å vera med på ein slik samtale. Dersom det er tenleg kan samtalen vera med pasienten, barnet og annan omsorgsperson til stades samstundes. Helsepersonell og helsetenesta må leggja til rette for at barnet kan seia meininga si om eige behov, kontakt med andre tenester og andre hjelpetilbod, jf. barnelova § 31.

Omsorgspersonar kan vera den andre forelderen, pasientens ektefelle, sambuar eller andre som faktisk har omsorga over kortare eller lengre tid som følgje av sjukdomen til forelderen, såleis også besteforeldre, samværsforeldre som har steppa inn, sysken og vener til den sjuke. Det vil som oftest vera eit ynske frå pasienten si side at desse vert involverte i å følgja opp barnet. Omgrepet femner òg om barnevernet og andre når det har overteke omsorga. Så lenge helsepersonellet held teieplikta og baserer informasjonen på samtykke frå pasienten, er det i forholdet til pasienten uproblematisk at plikta til helsepersonellet omfattar ein så vid personkrins.

Helsepersonellet skal etter *bokstav b* ved behov

be om samtykke til å kunna gjennomføra vidare oppfølging av barnet som helsepersonellet reknar som tenleg. Samtykket skal vera frivillig og ikkje koma til ved urimeleg press. Det kan vera aktuelt å drøfta moglege behov og tiltak og å motivera til og formidla kontakt med andre instansar.

Samtykke skal innhentast frå person med rett og plikt til å ta avgjerder for barnet i personlege forhold. Ein person med foreldreansvar vil ha slik rett og plikt, jf. barnelova § 30. Det same gjeld barnevernet dersom det er gjort vedtak om å ta over omsorga etter barnevernlova. Somme avgjerder om tiltak vil krevja samtykke frå begge foreldra dersom begge har del i foreldreansvaret, jf. barnelova §§ 30 og 37. Etter kvart som barnet utviklar seg og mognast, skal barnet høyrast før det vert gjeve samtykke.

Det følgjer av *bokstav c* at helsepersonellet skal medverka til at barnet og den andre forelderen eller andre som har omsorg for barnet, i samsvar med reglane om teieplikt, får informasjon om sjukdomstilstanden til pasienten, behandling og kva samvær som er mogleg.

Omgrepet «bidra til» vert brukt for å markera at det ikkje alltid er helsepersonellet sjølv som skal gje informasjonen. Det kan vera at informasjon vert gjeven til omsorgsperson som i sin tur informerer barnet.

Kva slags type informasjon som skal gjevast, i kva mengd og detaljeringsgrad vil koma an på ei konkret vurdering av kvart einskild tilfelle. Teieplikta må likevel haldast. Barnet vil ha rett til informasjon om tiltak helsetenesta har planlagt som har til føremål å ta vare på barnet sjølv. Slik informasjon vil vera nødvendig for at barnet kan seia meininga si i samsvar med barnelova § 31. Teieplikta gjeld ikkje opplysningar som barnet alt kjenner til, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 1. Døme på informasjon som vil kunna gjevast etter føresegna er at borna ikkje sjølv kan lastast, at forelderen får god hjelp, moglegheit for besøk dersom barnet alt veit kvar forelderen er, kva ein kan venta seg av behandlingsinstansen og korleis borna kan få hjelp til å meistra situasjonen. Dersom foreldra samtykkjer skal også borna få vita om helsetilstand, diagnose, behandling og annan konkret informasjon om pasienten. Born bør normalt ikkje få meir informasjon enn omsorgspersonane.

Informasjonen skal fyrst og fremst gjevast dersom barnet, pasienten eller ein omsorgsperson bed om det. Helsepersonellet skal likevel, uavhengig av dette, vurdere kva behov barnet har og om nødvendig oppfordra pasienten til å gje informasjonen eller innhenta samtykke til sjølv å gjennomføra ein samtale. Det kan også oppstå situasjonar der barnet er

åleine med pasienten og det ikkje er mogleg å ta samtykke opp med pasienten, til dømes ved akutte innleggingar. I slike tilfelle bør helsepersonellet gje borna slik grunnleggjande og nødvendig informasjon som ikkje går ut over teieplikta som nemnd ovanfor.

Føresegna pålegg ikkje helsepersonellet ei plikt til alltid sjølv å gje barnet informasjonen. Det vil vera nok at helsepersonellet handlar på ein måte som medverkar til å ta hand om behova barnet har for informasjon. Det kan ofte vera tenleg at informasjonen vert gjeven til pasienten eller ein annan omsorgsperson, som i sin tur kan samtala med barnet når det fell naturleg. Alternativt kan helsepersonellet verta samd med dei vaksne om at det er helsepersonellet som skal føra samtalen med barnet eller at barnet skal delta på ein familiesamtale der pasienten også er til stades.

Informasjonen skal gjevast i ei form som er tilpassa dei individuelle føresetnadene til mottakaren, som alder, mogning, røynsle og kultur- og språkbakgrunn, jf. pasientrettighetsloven § 3-5. Informasjonen skal gjevast på ein omsynsfull måte. Helsepersonellet bør så langt som mogleg sikra seg at barnet har forstått innhaldet av opplysningane og kva dei har å seia. Ein kan ha bruk for tolk overfor framandspråklege born dersom det ikkje er naturleg at foreldra eller andre nærstående kan hjelpa til. Dette må vurderast konkret.

I *fjerde leden* vert det føreslått ein forskriftsheimel for å utdjupe innhaldet i pliktene til helsepersonellet etter dei andre ledane i føresegna.

Til lov om helsepersonell § 25 tredje og fjerde leden:

I samsvar med forslag til ny *tredje led* kan helsepersonell utan hinder av lovbestemt teieplikt, gje samarbeidande personell informasjon når det er nødvendig for å ta hand om behova til borna til pasienten, med mindre pasienten motset seg det.

Opplysningane skal gjevast berre så langt det er nødvendig for å ta hand om behova til borna. Dette vil normalt vera opplysningar om at pasienten har born, alderen til barnet, andre omsorgspersonar, generell informasjon om tilstanden til pasienten og andre opplysningar som er nødvendige for å koordinera det helseinstitusjonen gjer for å ta vare på borna. Det skal såleis normalt ikkje gjevast detaljert informasjon om behandlinga eller helsetilstanden til pasienten. Slik informasjon kan heller ikkje gjevast vidare med mindre det ligg føre heimel for å gjera unntak frå teieplikta.

Fjerde leden er ei vidareføring av tidlegare tredje leden og bestemmer at teieplikta til helsepersonell gjeld tilsvarande for anna personell som får informasjon etter dei andre ledane i paragrafen.

Til lov om spesialisthelsetjenesten § 3-7 a:

Føresegna pålegg helseinstitusjonar som er omfatta av spesialisthelsetenesta å ha tilstrekkeleg barneansvarleg personell med ansvar for å fremja og koordinera oppfølging av mindreårige born til psykisk sjuke, rusmiddelavhengige og alvorleg somatisk sjuke eller skadde pasientar. Føresegna gjeld ikkje privatpraktiserande spesialistar.

Føremålet med ordninga er å sikra at behova til borna vert tekne hand om, at pasientar får tilbod om hjelp til å meistra foreldrerolla og gje grunnlag for betre koordinerte tenester mellom spesialisthelsetenesta og tenester i kommunane. Det krevst ikkje skipa ei eiga stilling for å ta seg av funksjonen.

Plikta til å medverka overfor kvart einskilt barn kviler i utgangspunktet på det helsepersonellet som har ansvaret for behandling av den sjuke forelderen, jf. forslaget til ny helsepersonelloven § 10 a. Dei barneansvarlege bør fyrst og fremst setja arbeidet i system, halda helsepersonellet oppdatert og fremja barnefokuset. Det vil vera opp til den einskilde helseinstitusjonen å vurdere nærare arbeidsoppgåvene til den barneansvarlege ut frå lokale forhold, men departementet får ein forskriftsheimel.

Det vert ikkje stilt særskilde kvalifikasjonskrav til rolla som barneansvarleg. Det er eit ansvar for arbeidsgjevar å finna fram til rett person på grunnlag av det ansvaret og dei oppgåvene som vert lagde til stillinga. Det er heller ikkje eit krav at den barneansvarlege har helsefagleg utdanning.

Til pasientrettighetsloven § 2-6 femte leden

Femte leden opnar for at det kan fastsetjast fristar for å setja fram krav etter regelverket for sjuke-transport.

Helse- og omsorgsdepartementet

t i l r å r :

At Dykkar Majestet godkjenner og skriv under eit framlagt forslag til proposisjon til Stortinget om lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande).

Vi HARALD, Noregs Konge,

stadfestar:

Stortinget vert bede om å gjera vedtak til lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande) i samsvar med eit vedlagt forslag.

Forslag

til lov om endringar i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande)

I

I lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven) gjøres følgende endringer:

Ny § 10 a skal lyde:

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørande

Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale*
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig*
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.*

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen.

§ 25 nytt tredje ledd skal lyde:

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. helsepersonelloven § 10 a.

Nåværende § 25 tredje ledd blir nytt fjerde ledd og skal lyde:

Personell som nevnt i første, andre og tredje ledd har samme taushetsplikt som helsepersonell.

II

I lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. gjøres følgende endringer:

Ny § 3-7 a skal lyde:

§ 3-7a Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

Departementet kan gi nærmere bestemmelser om barneansvarlig personell i forskrift.

III

I lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasientrettigheter (pasientrettighetsloven) gjøres følgende endringer:

§ 2-6 femte ledd skal lyde:

Departementet kan gi forskrifter om dekning av reise- og oppholdsutgifter for pasienter og utgifter til nødvendig ledsager, herunder dekning av utgif-

ter ved fritt *sykehusvalg*, om utbetaling av refusjon og om *frister for fremsetting av krav*.

IV

Loven gjelder fra den tid Kongen bestemmer. Kongen kan sette i kraft de enkelte bestemmelsene til forskjellig tid.





Trykk: A/S O. Fredr. Annesen, Mai 2009