

Høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet

–

**Forslag til endring av helsepersonelloven mv. for å styrke
rettsstillingen til barn av foreldre med psykisk sykdom,
rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller
skade**

Høringsfrist 22. august 2008

1. INNLEDNING	4
1.1. Bakgrunn	4
1.2. Formålet med høringsnotatet.....	4
1.3. Avgrensning.....	6
2. BARN MED FORELDRE SOM ER PSYKISK SYKE, RUSMIDDELAVHENGIGE ELLER ALVORLIG SOMATISK SYKE.....	7
2.1. Tall og fakta.....	7
2.2. Levekår m.v. for de berørte barna	8
3. TJENESTER SOM MØTER BARNA	9
3.1. Kommunale tjenester	9
3.2. Helsetjenester	9
3.3. Sosialtjenesten	11
3.4. Skole og barnehage	12
3.5. Barneverntjenesten.....	12
4. BEHOVET FOR TILTAK I HELSETJENESTEN.....	13
5. IGANGSATTE OG PLANLAGTE TILTAK.....	14
6. GJELDENDE RETT	16
6.1. Helselovgivningen – ingen særskilt rettslig regulering	16
6.2. Oppdage og følge opp barnet	17
6.3. Barnelova og Barnekonvensjonen - barnets rett til å være med på avgjørelser.....	17
6.4. Psykisk helsevernloven - barnets rett til samvær med forelder innlagt på institusjon	18
6.5. Samtykke fra pasienten	19
6.6. Informasjon når pasienten ikke har gitt samtykke.....	19
6.6.1. Hovedregelen	19
6.6.2. Informasjon til barnet.....	20
6.6.3. Opplysningsplikt til barneverntjenesten.....	21
6.6.4. Opplysningsplikt til sosialtjenesten om gravide rusmiddelavhengige	21
6.6.5. Situasjonen hvor barnets foreldre lever atskilt	22
6.7. Journalføring av opplysninger om barnet	22

7. ANDRE NORDISKE LAND	24
7.1. Danmark.....	24
7.2. Sverige.....	24
7.3. Finland.....	25
8. VURDERING AV RETTSLIGE ENDRINGSBEHOV	26
8.1. Behov for regulering i lov.....	26
8.2. Plikt til å bidra til å ivareta barna.....	26
8.2.1. Departementets forslag	27
8.2.2. Nærmere om innholdet i plikten	27
8.3. Plikt til å søke samtykke fra foreldrene for oppfølging av barnet.....	29
8.4. Informasjon til barnet	30
8.4.1. Barnets behov for informasjon.....	30
8.4.2. Informasjon hvor samtykke ikke foreligger	31
8.5. Informasjon til andre som har omsorg for barnet	34
8.6. Barneansvarlig i spesialisthelsetjenesten	36
8.7. Informasjon til barneansvarlig helsepersonell	38
8.8. Journalføring av om pasienten har barn	39
8.9. Opplysninger om foreldrene i barnets journal.....	39
9. ØKONOMISKE OG ADMINISTRATIVE KONSEKVENSER.....	41
10. MERKNADER TIL FORSLAG TIL LOVENDRINGER.....	42
11. FORSLAG TIL ENDRINGER I LOV OG FORSKRIFT	46
VEDLEGG	48
Rundskriv 5/2006 ”Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre”	48

1. Innledning

1.1. Bakgrunn

I Soria Moria-erklæringen kapittel 10 om barn og familie uttales det at *”Regjeringen vil sørge for at barn med psykisk syke foreldre og rusmiddelbrukende foreldre får oppfølging og hjelp”*.

Som ledd i Regjeringens handlingsplan mot fattigdom ble det i St. prp. nr. 1 (2006–2007) for Helse- og omsorgsdepartementet bevilget 15 mill. kroner til tiltak for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett. Barne- og likestillingsdepartementet har en tilsvarende satsning på 14 mill. kroner. Begge departementene har videreført satsningen i 2008, med en styrking over Helse- og omsorgsdepartementets budsjett med 5 mill. kroner.

I forbindelse med Stortingets behandling av Budsjettinnstilling S. nr. 11 (2006-2007) ble det fattet et romertallsvedtak VII hvor *”Stortinget ber regjeringen vurdere lovfesting eller regelfesting knyttet til behovet til pårørende, barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene og komme tilbake til Stortinget på egnet måte”*.

Helse- og omsorgskomiteens begrunnelse på side 58 i budsjettinnstillingen lyder slik:

”Komi t e e n ber Regjeringen vurdere en lovfesting eller regelfesting knyttet til behovene til pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene, og komme tilbake til Stortinget på egnet måte. Pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige har ikke avklarte rettigheter i dag. Pårørende 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 pårørende, barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige vil også over tid ha behov for veiledning og hjelp gjennom et familiemedlems sykdomsforløp.

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

I tråd med Soria Moria erklæringen vurderer departementet i dette høringsnotatet behovet for rettsregler og forslag til reguleringer som skal bidra til å sikre at helsetjenestene ser barna og gir nødvendig oppfølging og hjelp.

1.2. Formålet med høringsnotatet

Gjennom Soria Moria erklæringen ønsker regjeringen å styrke barn og unges mulighet for medvirkning og innflytelse. I tråd med FN's barnekonvensjon er hensynet til barnas

beste et grunnleggende prinsipp i alle sammenhenger hvor barn er berørt. Etter departementets syn må dette også omfatte helsetjenesten.

Helsetjenestens hovedoppgave er å behandle og følge opp pasientenes skader, sykdommer og andre helserelaterte problemer. Slik skal det også være. Men bak enhver pasient kan det stå en familie som i en eller annen grad berøres av vedkommendes helsetilstand. Barns opplevelse av trygghet, tilfredshet og tilstrekkelig omsorg er sterkt knyttet til foreldrenes livssituasjon.

Målet må være at foreldrene selv, uavhengig av helsetilstand og så langt det lar seg gjøre, ivaretar omsorgen for sine barn og at helsetjenesten bidrar til dette.

Gjennom sin tette kontakt med pasientene, vil helsepersonell ofte kunne danne seg et inntrykk av barnas situasjon og om det finnes udekkede behov av betydning. Slik kunnskap bør brukes til å bistå familien og barna. Hensynet til barnas beste tilsier at helsetjenesten bør være oppmerksomme på de behovene som pasientenes barn kan ha. Helsepersonellet bør om nødvendig følge opp med å snakke med foreldrene, eventuelt snakke sammen med barna hvis foreldrene samtykker til det eller ta kontakt med andre tjenester.

Alvorlig helseproblemer i familien innebærer som oftest en dramatisk endring i livssituasjonen til familien, og barnas hverdag kan bli preget av engstelse og bekymring. Både foreldre og helsepersonell kan være usikre på hvor mye og hvordan de skal gå frem for å fortelle og forklare barna om foreldres sykdom eller skade. Alvorlige helseproblemer hos foreldrene er ikke ensbetydende med at barna ikke får nødvendig omsorg og oppfølging, men det kan være grunnlag for å stille spørsmål om barna likevel har behov for informasjon og oppfølging fra helsetjenesten.

Hvordan barn av pasienter skal ivaretas er i dag ikke regulert i helselovgivningen. Flere rapporter peker på at helsetjenestens tilbud om hjelp og støtte til barn av særlig foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet varierer og er ofte tilfeldig og mangelfull. Rapportene konkluderer med at barna må oppdages og ivaretas på en mer systematisk måte. Alvorlig somatisk sykdom eller skade kan også gripe dypt inn i barnas tilværelse.

Departementet har tatt utgangspunkt i barnets beste ved utarbeidelsen av høringsnotatet. Dette er i tråd med artikkel 3 i FNs barnekonvensjon hvor det fremgår at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som vedrører barn og som foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer.

På denne bakgrunn foreslår departementet lovendringer som skal bidra til å ivareta barnas behov når foreldre som følge av psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade, ikke har evne eller mulighet til å yte barnet hjelp og nødvendig omsorg. Høringsfristen er 22. august 2008.

1.3. Avgrensning

Dette høringsnotatet omhandler rettslige reguleringer som kan bidra til å styrke stillingen til *"pårørende, barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige innen rus- og psykiatritjenestene"*. Andre virkemidler vurderes i andre sammenhenger og omtales bare i den grad de er egnet til å belyse behovet for en rettslig regulering.

Departementet legger til grunn at det er pasientenes mindreårige barn som skal sikres oppfølging i helsetjenesten. Begrunnelsen for ikke å omfatte voksne pårørende som ektefelle, foreldre o.l. er at voksne pårørende allerede har klare lovfestede rettigheter i pasientrettighetsloven (informasjon, klage, samtykke). Med mindreårige barn mener departementet i denne sammenheng barn som ikke har fylt 18 år.

Så sant det er mulig, bør rettigheter utformes med utgangspunkt i barnets behov og ikke etter helsetjenestens art. Barn av alvorlig somatisk syke og alvorlig funksjonshemmede pasienter kan ha samme behov for oppfølging i helsetjenesten som barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Formålet er å fange opp barn som kan få sin hverdag endret eller betydelig påvirket som følge av foreldrenes helsetilstand. Av språklige hensyn brukes betegnelsen "somatisk syke" i dette høringsnotatet. Dette omfatter både pasienter med alvorlige somatiske sykdommer, for eksempel kreft, pasienter med store skader etter alvorlige ulykker og alvorlig funksjonshemmede som mottar behandling i helsevesenet og som ikke i tilstrekkelig grad har mulighet eller evne til å ta omsorg for sine barn.

I en særstilling står rusmiddelavhengighet og psykiske lidelser, ettersom dette i stor grad også kan ramme omgivelsene. Det er spesielt pårørende og barn av rusmiddelavhengige og foreldre med psykiske lidelser som er mest utsatt. Høringsnotatet vil derfor særskilt drøfte hvorvidt barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre har behov for oppfølging fra helsepersonellet eller andre tiltak.

Innsatte i fengsel som behandles for psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet vil være i kontakt med helsetjenesten. I disse tilfellene vil helsetjenesten forholde seg til barna på samme måte som ved behandling av pasienter utenfor fengsel. Barn av fengselsinnsatte som behandles for psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet vil derfor være en av målgruppene for reguleringen av helsetjenesten.

I dette høringsnotatet drøftes barns stilling som pårørende i møte med helsetjenesten i tråd med avgrensningen til helsetjenester i romertallsvedtaket. Barns rettslige stilling på andre arenaer enn i helsetjenesten vurderes ikke.

2. Barn med foreldre som er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke

2.1. Tall og fakta

Det finnes ingen oversikt over hvor mange norske barn og unge som vokser opp i familier hvor en eller begge foreldre har psykisk sykdom, er rusmiddelavhengige, lider av alvorlig somatisk sykdom eller funksjonshemming. De tall som foreligger, er i all hovedsak basert på antall voksne personer som er i kontakt med helsetjenesten.

I Norge er det trolig 130 000 familier som til enhver tid lever med psykisk sykdom og rusproblemer. Mer enn 200 000 barn har foreldre som ruser seg slik at barna reagerer. Tall fra SINTEF helse (2006) viser at ca 15 000 barn og unge lever i en familiestitusjon med foreldre som får behandling i psykisk helsevern (spesialisthelsetjenesten). Ifølge levekårsundersøkelsen fra 2005 vil to av tre av disse utvikle psykiske problemer, og en av tre får alvorlige psykiske problemer.

Om lag en fjerdedel av alle innleggelse i psykisk helsevern er tvangsinnleggelse av pasienter med alvorlige sinnslidelser (psykisk helsevernloven § 3-3). Dette innebærer at et stort antall barn og unge til en hver tid har en forelder som er tvangsinnlagt i institusjon.

En stor gruppe barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre mottar tiltak fra barnevernet. Ifølge SSBs barnevernsstatistikk fra 2006 over nye barn med barnevernstiltak, ble det igangsatt barnevernstiltak for i alt 10 362 barn, hvorav ca 14 prosent hadde grunnlag i foreldrenes psykiske helse (845 barn) eller foreldrenes rusmisbruk (631 barn). Det er trolig mørketall i statistikken ved at 4 550 barn mottok tiltak i kategorien "Forholdene i hjemmet – særlige behov".

Barn av foreldre med dominante arvelige sykdommer (dvs. arvelige sykdommer som nedarves gjennom generasjoner fra en av foreldrene slik at barn har 50 prosent risiko for å arve sykdomsgenet) kan til en viss grad kan sammenliknes med barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre når det gjelder risiko. Enkelte andre særlige grupper som kan ha behov for informasjon og oppfølging fra helsetjenesten er barn av foreldre med alvorlige og ofte dødelige sykdommer som f.eks. kreft, barn av foreldre som får alvorlige varige hodeskader, barn av foreldre med alvorlig funksjonshemming, barn hvor en av foreldrene skifter kjønn og barn av eldre fedre som tidlig rammes av Alzheimers sykdom.

I følge Kreftforeningen opplever ca 1800 familier med barn hvert år at noen av de nærmeste får kreft. Det vil si at hvert år blir rundt 4000 barn og ungdom pårørende når deres foreldre eller søsken får kreft. Vi kan derfor regne med at det finnes ca 15000 barn og ungdom under 18 år, som i dag lever med kreftsykdom i nær familie eller med sorgen etter at noen dør av kreft.

2.2. Levekår m.v. for de berørte barna

Det foreligger flere rapporter om levekår for barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Det finnes ikke tilsvarende rapporter om levekår for barn av alvorlig somatisk syke eller funksjonshemmede foreldre

Kreftforeningen har i møte med departementet pekt på at de fleste foreldre med kreft får behandling på sykehus, og mange har flere og langvarige opphold. Atskillelse fra foreldre som er syke er en utfordring som er vanskelig å mestre for barn. Kreftsykdom og behandling medfører store psykiske belastninger for pasienter og pårørende. Barnas hverdag kan bli svært forandret og preget av engstelse og bekymring. Barn av enslige forsørgere med lite sosialt nettverk er spesielt utsatt. Disse utfordringene vil også i større eller mindre grad kunne gjenfinnes når foreldrene har en annen alvorlig sykdom eller skade.

Barn og unge som vokser opp i familier med rusproblemer, har forhøyet risiko for å utvikle tilsvarende problemer. I et oppvekst- og levekårsperspektiv er dette barn som er svært sårbare. Forskning viser at mer enn 50 prosent av pasienter som er i behandling for rusmiddelavhengighet, har opplevd alvorlige rusmiddelproblemer hos sine foreldre. Når det gjelder voksne med psykiske lidelser viser forskning at deres barn har en økt risiko for å utvikle kognitive, emosjonelle og atferdsmessige forstyrrelser. Se mer om dette i veileder IS-1405 om psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene, utgitt av Sosial- og helsedirektoratet.

TOPP-prosjektet (Trivsel og oppvekst – barndom og ungdom) konkluderte med at en god del av åtteåringenes sosiale ferdigheter og problematferd kunne forklares ut fra risikofaktorer som var til stede hos barnet og familien allerede da barnet var 18 måneder. Noen barn og unge lever under så belastende oppvekstvilkår at de allerede fra før fødselen har økt sannsynlighet for å utvikle psykiske vansker og lidelser.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helseregion Øst og Sør utarbeidet i 2005 rapporten *"Tiltak for barn med psykisk syke foreldre"*. Den bygger på en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse og erfaringsutvekslinger med flere personer i behandlingsapparatet i ulike deler av landet. Rapporten drøfter "Barn som pårørende" og peker på at pasientenes barn ikke regnes som pårørende i lovens forstand og omfattes dermed ikke av de lovbestemmelsene som gir nærmeste pårørende rettigheter, for eksempel i form av informasjon. Dette til tross for hvor nært barna står en psykisk syk mor eller far. Mange barn fungerer, ifølge rapporten, som foreldrenes nærmeste pårørende. Særlig gjelder det barna til sosialt utsatte mødre med aleneansvar for barna. For noen av disse barna innebærer det at de må tåle store psykososiale belastninger i hverdagen.

Sirusrapport 5/2005 *"Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer"* viser at det i 2004 var innlagt 161 barn på 11 institusjoner som gir tilbud om innleggelse av barn sammen med foreldre. 93 % av barna var under 3 år, og 64

prosent var under ett år. 25 prosent ble født under mors opphold på institusjonen. Kun 2 prosent av barna var over 6 år

Fafo-rapport nr 429 fra 2004 "*Levekår blant innsatte*" - en landsdekkende levekårsundersøkelse blant domsinnsatte i norske fengsler - viser at to tredjedeler av de innsatte har hatt en oppvekst preget av ett eller flere alvorlige problemer. De innsatte er i langt høyere grad enn befolkningen for øvrig ellers plaget med psykiske problemer. Seks av 10 innsatte er rusmiddelavhengige. Kvinnene er mer rusbelastet enn mennene. Over halvparten av de innsatte har barn, og et flertall av disse har kontakt med barna ukentlig eller oftere. En landsomfattende undersøkelse fra Foreningen for fangers pårørende i 2007 "*Helse og livskvalitet blant fangers pårørende*" fant at 44 prosent av barna til innsatte hadde fått dårligere helse. Barna sliter med søvnproblemer og atferdsendringer. De blir innesluttet eller aggressive og kommer lett i konflikt med andre.

Fafo-rapport 410 fra 2006 *De gjemte og glemte barna* er en evaluering av prosjektet pedagogiske støttegrupper for barn av rusmiddelavhengige som Arbeidernes Edruskapsforbund startet opp våren 2004. Prosjektet har tatt utgangspunkt i noen funn som er avdekket i forskning og behandlingslitteratur som viser problemer med hemmeligholdelse og usynlighet, at flere barn og unge utvikler et dårlig selvbilde, og at en del utvikler uhensiktsmessige strategier for å håndtere problemer i hverdagslivet. Evalueringen viste at informasjonsvirksomheten via nettsiden www.barnogunge.no fikk betydelig større rolle enn hva som var planlagt i utgangspunktet, mens det har vist seg å være vanskelig å få opprettet støttegrupper.

3. Tjenester som møter barna

3.1. Kommunale tjenester

Kommunene har ansvaret for de viktigste tjenestene som gjelder barns oppvekstvilkår, og har mulighet til på overordnet nivå å legge til rette for at alle barn i kommunene skal få den hjelp og støtte de trenger. Problemene til disse barna er ofte komplekse og kan ikke avhjelpes av helsetjenesten alene. For eksempel har barnevernstjenesten ansvar for å se helheten når det gjelder det enkelte barns livssituasjon. Helsetjenesten skal ikke overta barneverntjenestens ansvar for å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, jf. barnevernloven § 1-1. I alvorlige tilfeller vil det være barneverntjenesten som har ansvaret for at barnet det gjelder får riktig hjelp.

3.2. Helsetjenester

Voksne med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom kommer vanligvis først i kontakt med kommunale tjenester, og først og fremst fastlegen. Når det gjelder voksne med rusmiddelproblemer, har sosialtjenesten et ansvar for vurdering av hjelpebehov og anledning til å henvise til

spesialisthelsetjenesten ved behov for dette. Pasienter med alvorlige og langvarige sykdomsforløp vil være i kontakt både med kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. I tilfeller hvor pasientens barn har behov for oppfølging og hjelp, vil dette derfor være et ansvar for begge nivåer.

Fastlegen har en koordinatorfunksjon overfor sine pasienter, og må derfor holde seg orientert om hvilke tjenester og behandlingstiltak pasienten mottar. Dette gjør fastlegen i stand til å ta initiativ til at barn blir ivaretatt på riktig måte ved å henvise til, samarbeide med eller utløse rettigheter i andre tjenester.

Jordmortjenesten har mulighet til å fange opp behov for forebygging og behandling i sammenheng med rusatferd og psykiske problemer hos gravide. Det er nødvendig for jordmortjenesten å samarbeide tett med fastlegen og andre instanser når den er bekymret for mors psykiske helsetilstand eller for rusbruk under svangerskapet. Helsepersonellet har ifølge helsepersonelloven § 32 meldeplikt til sosialtjenesten når det gjelder gravide rusmiddelavhengige.

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten skal utføre helsefremmende og forebyggende arbeid og er et tilbud til barn og unge 0-20 år og til gravide som går til svangerskapskontroll ved helsestasjon, jf. forskrift om kommunens helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten § 1-2. I henhold til forskriften § 2-1 skal tjenesten blant annet ha rutiner for samarbeid med fastlegene, andre kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten. Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en av flere aktører i kommunen som kan bidra i samarbeidet om å følge opp barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig syke eller skadde.

Mange av foreldrene til disse barna vil som følge av alvorlig sykdom ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, og dermed ha en individuell plan, jf. pasientrettighetsloven § 8-4 og kommunehelsetjenesteloven § 6-2a. Det vil være naturlig at behovene til pasientens barn inntas som en del av den individuelle planen. I mange tilfeller vil det kunne være hensiktsmessig at oppfølgingsansvaret for barna legges til den som er utpekt som koordinator for den individuelle planen, dersom koordinatoren er helsepersonell. Siden verken kommunehelsetjenesten eller spesialisthelsetjenesten har noen sterkere plikt enn den andre til å påta seg koordineringsansvaret, vil det variere på hvilket tjenestenivå koordinatoren befinner seg i det enkelte tilfelle.

Psykisk helseteam i kommunen, familiesentre(over 60 stykker) skal tilby lavterskeltilbud for de med akutte problemer og oppfølging av de med mer langvarig og sammensatt behov. Familiesentrene skal understøtte hele familien der det er psykososiale problemstillinger.

Barne- og ungdomspsykiatriske sentra (BUP) har utredning og behandling av barn som hovedoppgave. BUP arbeider med familiesamspill, forebygging og behandling av barn. I tillegg kan veiledning av omsorgs- og støttepersoner i familie og nettverk være aktuelt.

Videre skal BUP ivareta en øyeblikkelig-hjelp funksjon ved akutte kriser samt gi veiledning til kommunale tjenester og instanser.

Akuttjenestene vil iblant møte barn i situasjoner hvor foreldrene ikke fungerer og må innlegges eller på annen måte ivaretas på grunn av psykiske problemer, akutt somatisk sykdom eller skade, selvmordsforsøk, utagering eller annen rusatferd. Helsepersonellet bør forsikre seg om at barna har tilsyn av en voksen, eventuelt kontakter naboer eller slektninger som sørger for tilsyn, eller kontakter barnevernet lokalt hvis det ikke er mulig å få i stand tilsyn. Ambulansepersonell, politi, brannvesen og liknende instanser kan ha en viktig funksjon i å fange opp barn og barns behov i slike situasjoner. I slike situasjoner er det også aktuelt å orientere barnas fastlege om den situasjonen barna har vært involvert i.

Av rapporten *"Tilbud til pårørende av personer med rusmiddelproblemer"* (Institutt for samfunnsforskning 2007), fremgår det at halvparten av de institusjonene som tilbyr behandling for rusmiddelavhengighet har tilbud til pasientenes barn under 15 år. Tilbudene varierer i omfang og art.

Flere pasient- og interesseorganisasjoner engasjerer seg for å bistå helsetjenesten og barna. Voksne for barn har for eksempel samtaletilbud til barn av psykisk syke, mens Kreftforeningen holder kurs for helsepersonell, organiserer familiesamlinger, tilbyr rådgivning, formidler veiledninger og lager informasjonsmaterieell beregnet på familien og barna.

3.3. Sosialtjenesten

Voksne med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer kan ha behov for ulike sosiale tjenester som praktisk bistand, økonomisk støtte, støttekontakt, råd og veiledning. Sosialtjenestens ansvar overfor personer med rusmiddelproblemer omfatter både forebygging, hjelpetiltak i og utenfor institusjon og vurdering av eller henvisning til institusjonsbehandling, samt koordinering av tiltak, jf. § 6-1 i lov om sosiale tjenester. Ansvar og tiltakene som er hjemlet i lov om sosiale tjenester, gjelder både enkeltpersoner og familier. Lov om sosiale tjenester gir familien til tjenestemottakeren særegne rettigheter hjemlet i kapittel 6.

Personer med psykiske problemer og/eller rusmiddelproblemer vil ofte ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, og dermed rett til individuell plan (IP). Sosialtjenesten i kommunen skal samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud for den det gjelder (§ 4-3a). Sosialtjenesten har ut fra dette et ansvar for familien til de som har rusmiddelproblemer. Tradisjonelt har det oftest vært fokusert på konsekvenser for familiens økonomi og bolig, men det er naturlig å utvide dette ansvaret til også å inkludere konsekvenser for barn. Sosialtjenesten kan selv gi råd og veiledning til barn og familier i målgruppen, men har utover dette få tiltak til rådighet. Å henvise til eller søke bistand fra andre tjenester kan derfor være det viktigste sosialtjenesten har å tilby. Det kan være aktuelt for sosialtjenesten å

gjennomføre familiesamtaler/familieintervensjoner. Alternativt bør den forsikre seg om at dette tilbys av andre kommunale tjenester, rustjenester eller psykisk helsevern.

3.4. Skole og barnehage

Skoler og barnehager vil fra tid til annen oppleve at barn rammes av kriser som for eksempel alvorlig sykdom eller dødsfall i familien. Barnas skolehverdag vil være påvirket av elevens eller barnehagebarnets reaksjon på familiesituasjonen. Dette vil også være tilfellet der en forelder er psykisk syk eller har en rusmiddelavhengighet. I disse tilfellene vil den vanskelige situasjonen ofte vedvare over flere år. Lærere og barnehageansatte må forholde seg til barnas følelser og reaksjoner og kan være nyttige støttespillere.

Mange skoler har utarbeidet beredskapsplaner ved ulykker og plutselige dødsfall, men det kan også være behov for å forberede oppfølging av barn med alvorlig sykdom m.v. i familien. Kreftforeningen har for eksempel utarbeidet en lærerveiledning om "*Barn og ungdom i sorg og krise*". Det er naturlig at helsestasjon og skole har nødvendig kontakt for å fange opp og ivareta barna.

3.5. Barneverntjenesten

Barnevernets hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.

Omsorg for og oppdragelse av barn er i første rekke foreldrenes ansvar. Foreldre kan likevel ha behov for hjelp i kortere eller lengre perioder, for eksempel på grunn av en vanskelig livssituasjon. Her kan barnevernet komme inn for å bistå barn og familier slik at barn sikres gode levekår og utviklingsmuligheter.

Barneverntjenesten har som sin spesielle oppgave å ta vare på de mest utsatte barna. Den skal beskytte barn mot omsorgssvikt og motvirke at barn lider fysisk og psykisk overlast. Barneverntjenestens skal sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien der barnet på grunn av forhold i hjemmet har særlig behov. Hjelpen kan gies i form av råd, veiledning og andre tiltak. Vanlige tiltak er f. eks. støttekontakt, avlastningstiltak i hjemmet og barnehageplass.

Barneverntjenesten har også et ansvar for å gripe inn dersom tiltak i hjemmet ikke er tilstrekkelig for å ivareta barnets behov. Barneverntjenesten kan da for en periode i samråd med foreldrene formidle plass i fosterhjem, plass i institusjon eller tiltak for foreldre og barn. Dersom et barn skal plasseres utenfor hjemmet uten foreldrenes samtykke, må det treffes vedtak om dette i fylkesnemnda etter forslag fra kommunen

Barneverntjenesten tar ofte koordineringsansvar i det tverrfaglige arbeidet rundt barn, unge og familier som mottar barneverntiltak.

4. Behovet for tiltak i helsetjenesten

Kunnskapsoppsummeringer fra fagfeltet viser at det foreligger mangler i tjenestenes oppfølging av barn og unge av foreldre med psykisk sykdom eller rusavhengighet. Tilbudet til disse barna fremstår som tilfeldig og uforutsigbart.

I rapport 8/2007 "*Tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser*", hvor Statens helsetilsyn formidler tilsynserfaringer, blir det pekt på at barn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre er blant de grupper som faller utenfor eller ikke ivaretas tilstrekkelig i det ordinære hjelpeapparatet. De fleste institusjonene i psykisk helsevern for voksne har ikke noe tilbud til barn og pårørende. Etter tilsynets erfaring har kommunene få gode svar på hvordan de sørger for at disse barna blir fanget opp og hvordan de samhandler for å ta hånd om dem.

Ifølge Helsetilsynet er barn av rusmiddelavhengige og barn av psykisk syke foreldre som i tillegg har en annen etnisk bakgrunn særlig sårbare og får et mangelfullt tilbud.

Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helseregion Øst og Sør utarbeidet i 2005 rapporten "*Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*". Den bygger på en landsomfattende spørreskjemaundersøkelse og erfaringsutvekslinger med flere personer i behandlingsapparatet i ulike deler av landet. Rapporten peker på at det gjøres en stor innsats fra enkeltpersoner, organisasjoner og ved utvalgte fagmiljøer. Til tross for dette er hjelpen til barn med foreldre med psykiske lidelser på langt nær tilfredsstillende her i landet. Hovedinntrykket er at den heller virker tilfeldig, uforutsigbar og fragmentarisk. Rapporten viser videre til at det er store utfordringer når det gjelder samarbeid mellom de ulike nivåene og instansene som direkte eller indirekte har et ansvar overfor barn i utsatt livssituasjoner. Det er ikke i tilstrekkelig grad innarbeidet rutiner som sikrer samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og det kommunale nivå. Helsesøstre, psykiatritjeneste, barnevern og PPT i kommunene mottar sjelden henvendelser fra voksenpsykiatrien. Fastlegene som mottar epikrise fra poliklinikker og sykehus tar også sjelden kontakt med instansene som har barna som sitt primæransvar. Dette blir fra disse instansene rapportert som et problem. Rapporten konkluderer blant annet med at "det bør sees nærmere på hvordan barn kan bli bedre ivaretatt som pårørende generelt og særlig i de situasjonene der pasienten vanskeliggjør oppfølging av barna".

En stor andel av de aktuelle barna har ikke vært vurdert av barnevernet før de kommer i kontakt med helsetjenesten. I en undersøkelse foretatt ved voksenpsykiatriske avdelinger mottok barna i ca. 15 prosent av familiene hjelpetiltak fra barnevernet og de fleste tiltakene var igangsatt før innleggelsen. Helsetjenesten er derfor et viktig kontaktpunkt for å oppdage barn som har tilstrekkelig udekkede behov til at samfunnet bør gjøre en innsats for å hjelpe foreldrene.

Kreftforeningen har pekt på at hva slags hjelp og støtte en familie får ved kreftsykdom, er varierende, tilfeldig og ofte mangelfull. På flere kreftavdelinger er det pekt ut barneansvarlig personell som skal ivareta barnas behov, men det er fremdeles slik at mange barn er avhengige av lokale ildsjeler. Selv om det i dag er mer fokus på familiers behov, må kompetansen styrkes og rutiner må sikre at familien blir tilstrekkelig ivaretatt når foreldrene blir syke. En del opplever ifølge foreningen å bli sendt hjem fra legen og sykehuset *"uten tilbud om hjelp og støtte til å informere familien og barna sine"*. Barna kan ha behov for bistand gjennom hele forelderens behandlingsløp, men særlig sårbare faser er ved diagnose, ved tilbakefall, i de tilfellene hvor aktiv behandling avsluttes fordi det ikke er mer som kan gjøres, i terminalfasen og i etterkant av et eventuelt dødsfall.

Felles for de ovennevnte rapportene er at de konkluderer med at barna må ses og ivaretas på en mer systematisk måte enn i dag.

- Barna må oppdages
- Barnas behov for eventuell oppfølging må vurderes, så langt det er mulig i samråd med foreldrene. Dette omfatter blant annet barnets behov for helsehjelp, kontakt med andre tjenester, hvilken støtte foreldrene trenger for å ivareta foreldrerollen og informasjon.
- Barna bør gis anledning til å snakke med voksne og få informasjon om foreldrenes tilstand

Etter gjeldende rett har helsepersonell og helsetjenesten full anledning til å følge rutiner som sikrer at barna oppdages ved foreldrenes kontakt med helsetjenesten. Når helsepersonell får kunnskap om at det er mindreårige barn i familien, kan de ta opp med foreldrene hvordan barnas behov kan ivaretas og be om samtykke til å gi barnet informasjon eller kontakte andre som kan hjelpe til. Spørsmålet er om det bør lovfestes at disse mulighetene skal utnyttes.

Dersom den syke forelder ikke gir samtykke til å informere barnet eller at andre hjelpere kontaktes, oppstiller gjeldende rett begrensninger på hva helsepersonellet kan foreta seg. Det kan derfor også reises spørsmål ved om det er behov for å endre regelverket slik at barnet kan gis nødvendig informasjon uten hensyn til taushetsplikten.

I det videre gis en oversikt over igangsatte og planlagte tiltak som har som formål å imøtekomme barnas behov. I lys av dette og omtalen av gjeldende rett vurderer så departementet behovet for lovendringer som kan styrke barnas stilling og gi klarere rammer for helsetjenestens oppgaver.

5. Igangsatte og planlagte tiltak

I oppdragsdokumentet til regionale helseforetak for 2006, 2007 og 2008 ble disse bedt om å sørge for at barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet får oppfølging og hjelp.

I rundskriv 5/2006 ”*Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*” anbefaler Sosial- og helsedirektoratet at aktuelle tjenester ”*etablerer rutiner/prosedyrer 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*”.

Helse- og omsorgsdepartementet har, i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet og blant annet som ledd i Handlingsplanen mot fattigdom, iverksatt en satsing på flere tiltak for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har i 2007 fordelt 15 mill kroner til en rekke tiltak for barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre. Formålet med satsingen er å gi tidligere hjelp til barna, styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, gi langsiktig oppfølging av barna, øke forskningsaktiviteten, spre erfaringer og stimulere frivillige organisasjoner til tiltak.

Det er bl.a. etablert et nasjonalt kompetansenettverk for forebygging og behandling av problemer hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre under ledelse av Sørlandet sykehus HF. Nettverket har som formål å samle, systematisere og formidle kunnskap til tjenestene. Den danske modellen Familieambulatoriet i København skal prøves ut ved sykehuset Namsos i Nord-Trøndelag og sykehuset Asker og Bærum. Foreldre og barn skal følges opp over tid av tverrfaglig sammensatte team.

Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved Aker sykehus HF skal utvikle læringstilbud, og stimulere og støtte lærings- og mestringssentrene ved helseforetakene i utvikling av og gjennomføring av læringstilbud.

Helse- og omsorgsdepartementet og Sosial- og helsedirektoratet har støttet organisasjonen *Voksne for barn* i utgivelsen av en håndbok for foreldre med psykiske problemer ”*Hvordan hjelper jeg barnet mitt?*” og en håndbok for ungdom som har foreldre med psykiske problemer ”*Hva er det med foreldrene mine?*”. På oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet har *Voksne for barn* utarbeidet et informasjonshefte for barn ”*Når mamma eller pappa ruser seg*”.

For å heve kompetansen både på andrelinjenivå og i kommunene har BLD opprettet 6 nye stillinger, hvorav fem i de regionale fagteam i Bufetat og en overordnet stilling i Bufdir. De som ansettes skal bistå kommuner med utvikling av tiltak på individ-, gruppe- og nettverksnivå, bistå med implementering av kartleggingsverkstøy til bruk i det kommunale tjenesteapparatet og delta i planlegging av opplæringstiltak inn mot høyskoler og universitet. Arbeidsoppgavene vil også være knyttet til forbedring av eksisterende samarbeidsrutiner på lokalt nivå, sikring av samarbeidet mellom statlig barnevern og psykisk helsevern for barn, unge og voksne og samarbeid med R-Bupene.

Barne- og likestillingsdepartementet har startet modellkommuneforsøk i 26 kommuner. Målsettingen er å utvikle gode tverretatlige samarbeidsmodeller for tidlig intervensjon

og systematisk oppfølging av barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre - fra graviditet til skolealder. Kommunene har mottatt stimuleringsmidler for å komme i gang med modellutviklingen. I tillegg til stimuleringsmidler får kommunene mulighet til fagutvikling og erfaringsutveksling på regionale og nasjonale nettverkssamlinger. Målet er å spre kunnskap og informasjon til de tjenestene som kommer i kontakt med barna. En del av kommunene vil følgeevalueres av forskere og inngå i en epidemiologisk studie.

Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse som er tilknyttet R-Bup Øst/Sør har fått i oppdrag av Barne- og likestillingsdepartementet å implementere metoder i barnevernet for kartlegging av barn i alderen 0-3 år. Samspills- og veiledningsmetoden Marte Meo har vært i bruk i Norge i mange år, uten at metoden er evaluert. Det er igangsatt en effektstudie for å få mer evidensbasert kunnskap om programmet.

For å bedre kunne identifisere og følge opp barn som har foreldre med psykiske vansker eller rusrelatert problematikk har Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet tildelt NFR midler til forskning knyttet til ulike behandlingsintervensjoner overfor gravide rusmiddelavhengige.

Barne- og likestillingsdepartementet gir også økonomisk støtte til PAG-Stiftelsen. Stiftelsen gir råd, veiledning og støtte til de som ønsker å starte opp tiltak for barn av foreldre med rusmiddelproblemer i lokalmiljø

6. Gjeldende rett

6.1. Helselovgivningen – ingen særskilt rettslig regulering

Ifølge pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b) skal pasienten som hovedregel oppgi pårørende og den nærmeste pårørende. Pasientrettighetsloven gir kun den ”*nærmeste pårørende*” rettigheter som helsepersonell plikter å følge opp. Andre pårørende har ingen lovbestemte rettigheter til informasjon, medvirkning, klage eller lignende. Mindreårige barn vil trolig sjelden utpekes som nærmeste pårørende av foreldrene, og det er god grunn til å tolke loven innskrenkende slik at mindreårige ikke på generelt grunnlag kan pålegges ansvaret for å ivareta foreldrenes interesser. Det er for eksempel bare myndige barn som nevnes i den rekkefølgen som skal ligge til grunn for utvelgelsen av den nærmeste pårørende i de tilfellene hvor pasienten ikke selv oppgir hvem dette skal være.

Pasientrettighetsloven gir derfor ingen direkte rettigheter til mindreårige barn av pasienter som behandles i helsetjenesten. Det samme gjelder for den øvrige helselovgivningen, så som kommunehelsetjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven.

Barn av rusmiddelavhengige som følger med en av eller begge foreldrene på institusjon, er i utgangspunktet ikke med dit fordi de selv trenger helsehjelp. Barn

innlagt sammen med foreldrene på rusinstitusjon er derfor ikke automatisk å regne som pasienter. Noen av barna kan imidlertid anses som pasienter som følge av eget behov for (medisinsk) behandling av abstinenser eller lignende, og vil da ha pasientrettigheter.

6.2. Oppdage og følge opp barnet

Helsepersonelloven § 33 bestemmer at *”den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side”*. Dette forutsetter en viss undersøkelsesplikt hos helsepersonellet, men lovens ordlyd er koblet opp mot tiltak fra barneverntjenesten. Helsepersonell har derfor ingen generell plikt til å undersøke om pasientene har mindreårige barn eller hvilket oppfølgingsbehov som bør dekkes innenfor helsetjenesten, eventuelt barneverntjenesten..

I rundskriv IS 5/2006 *”Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre”* anbefaler Sosial- og helsedirektoratet at aktuelle tjenester *”etablerer rutiner/prosedyrer 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 styrke oppfølgingen av barn til psykisk syke og rusavhengige foreldre har direktoratet utarbeidet en ”sjekkliste” med spørsmål som tjenestene bør avklare. Rundskrivet er kun ment som et hjelpemiddel for tjenestene i deres eget arbeid med å etablere nødvendige rutiner og prosedyrer. Rundskrivet gir ingen plikter eller rettigheter. Se vedlegg.

6.3. Barnelova og Barnekonvensjonen - barnets rett til å være med på avgjørelser

Barnelova § 31 om barnets rett til å være med på beslutning bestemmer følgende:

”Etter kvart som barnet blir 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 12 år skal det leggjast stor vekt på kva barnet meiner”.

Barnets mening skal tas i betraktning, men foreldrene kan komme til at andre hensyn veier tyngre. Hvor stor vekt det skal legges på barnets mening, avhenger bl.a. av om barnet forstår rekkevidden av sitt standpunkt, hvor fast og velbegrunnet standpunktet er og hvilke andre hensyn som må tas.

Europarådet har utarbeidet *”Recommendation (2004) 10 concerning the protection of human rights and dignity of persons with mental disorder and its Explanatory Memorandum”*. Anbefalingens artikkel 15 lyder slik: *”Det bør tas behørig hensyn til behovene til familiemedlemmer som er avhengige av en person med psykisk sykdom, særlig*

barn” (uoffisiell oversettelse). Merknadene legger vekt på at alvorlige former for psykiske lidelser kan redusere en persons evne til å dekke barnas fysiske, følelsesmessige, sosiale og læremessige behov. Formålet med artikkelen er derfor å sikre personer med psykiske lidelser hjelp til å oppfylle sine forpliktelser overfor barna og andre som er avhengige av dem.

Ved lov 1. august 2003 nr. 86 ble FNs barnekonvensjon med tilleggsprotokoller inkorporert i norsk rett, i samsvar med regjeringens forslag i Ot.prp. nr. 45 (2002-2003) Om lov om endringer i menneskerettsloven mv. Det ble også foretatt enkelte andre lovendringer for å synliggjøre konvensjonen bedre i norsk lovgivning. Det følger av barnekonvensjonen artikkel 12 om respekten for barns synspunkter at barnet skal ha rett til å gi uttrykk for sine synspunkter i saker som berører det, og at barnets synspunkter skal tillegges behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

På denne bakgrunn skal foreldrene og helsetjenesten legge til rette for at barnet kan si sin mening om eget behov og kontakt med andre tjenester.

6.4. Psykisk helsevernloven - barnets rett til samvær med forelder innlagt på institusjon

Barn og foreldres rett til samvær med hverandre er omhandlet i Den europeiske menneskerettskonvensjon art. 8 om retten til familieliv og FNs barnekonvensjon art. 7 nr. 1 som sier at ethvert barn skal gis mulighet til å kjenne sine foreldre og få omsorg fra dem. Dette er også ivaretatt i psykisk helsevernlov § 4-5 første ledd 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 bakgrunn som et klart utgangspunkt selv kunne bestemme når og hvordan vedkommende vil motta besøk – også fra sine barn. Ethvert inngrep i dette utgangspunktet må ha hjemmel i lov.

Unntak kan følge av psykisk helsevernloven § 4-5 annet ledd, som lyder slik:

”For den som er under tvungent psykisk helsevern i form av døgnopphold i institusjon, kan den faglig ansvarlige vedta innskrenkninger i retten som nevnt i første ledd for inntil 14 dager, i den utstrekning sterke behandlingsmessige eller sterke velferdsmessige hensyn eller sterke hensyn til nærstående person gjør dette nødvendig. Er det vedtatt slike restriksjoner, skal institusjonen sørge for at pasienten får nødvendig informasjon om sine pårørende og forhold utenfor institusjonen som er av betydning for pasienten”.

Det skal være en høy terskel for å begrense besøksretten. Forarbeidene (Ot.prp. nr. 11 (1998-99) s. 161) presiserer at “*det dreier seg om kvalifiserte krav til unntakssituasjonen, krav som viser at man nærmer seg området for nødretten.*”

6.5. Samtykke fra pasienten

Helsetjenesten har anledning til å drøfte barnets situasjon med pasienten og be om samtykke til å gi barnet informasjon, til å kontakte andre tjenester eller til annen oppfølging. I så fall er det få rettslige begrensninger i muligheten til å ivareta barnets behov. For at et samtykke skal være gyldig, må det blant annet være informert og avgitt frivillig. Det er derfor viktig å etablere en holdning og praksis som vektlegger medvirkning fra pasienten – også når det gjelder vurderinger og beslutninger om hva opplysningene kan eller skal benyttes til. Samtykke fritar kun for taushetsplikten så langt samtykket gjelder, og samtykke kan når som helst helt eller delvis trekkes tilbake.

Foreldre som har felles foreldreansvar må ta avgjørelser om helsehjelp i fellesskap, slik at begge foreldrene må samtykke på vegne av barn under 16 år, jf. pasl. § 4-4. Dersom en av foreldrene nekter, vil det ikke foreligge noe gyldig samtykke. Det følger av barneloven § 37 at dersom foreldrene har foreldreansvaret sammen, men barnet bor fast hos den ene, kan den av foreldrene som barnet bor sammen med fatte ” *avgjerder som gjeld vesentlige sider av omsota for barnet, m.a. spørsmålet om barnet skal vere i barnehage, kor i landet barnet skal bu og andre større avgjerder om dagleglivet.*

Helsetjenesten har ingen lovbestemt plikt til å samtale med pasienten om barnas behov eller å be om samtykke til en nødvendig oppfølging av barnet. Det er i dag opp til den enkelte helsetjeneste om disse oppgavene skal inngå som en del av planleggingen av virksomheten.

6.6. Informasjon når pasienten ikke har gitt samtykke

6.6.1. Hovedregelen

Hovedregelen om håndtering av pasientinformasjon fremgår av helsepersonelloven § 21, hvor det bestemmes at helsepersonell ”*skal hindre at andre får adgang eller kjennskap til opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell*”.

Formålet med helsepersonells taushetsplikt er å sikre befolkningens tillit til helsetjenesten og helsepersonell slik at personer ikke unnlater å oppsøke helsetjenesten for å få helsehjelp i frykt for at uvedkommende skal få tilgang til opplysningene. Tillitsforholdet er viktig for at pasienten skal føle det trygt å gi informasjon som kan være nødvendig for at helsepersonell skal kunne yte best mulig helsehjelp. Pasienten skal føle seg trygg på at de opplysninger som gis i forbindelse med helsehjelpen ikke utleveres eller tilkommer uvedkommende.

Taushetsplikten er i utgangspunktet til hinder for at det enkelte helsepersonell gir opplysninger videre til pasientens familie, andre profesjonsutøvere, etater eller andre personer.

Taushetspliktsreglene gjelder også mellom helsepersonell. Utveksling av taushetsbelagt informasjon mellom helsepersonell kan kun skje når det er nødvendig for behandling og oppfølging av pasienten, dersom pasienten samtykker, eller hvor det foreligger annet rettslig grunnlag for å gi slik informasjon.

Det er gjort flere unntak fra taushetsplikten som innebærer at helsepersonell får en opplysningsrett eller en opplysnings- eller meldeplikt. Utgangspunktet er at fritakelse fra taushetsplikt gir helsepersonell en opplysningsrett, men ikke en opplysningsplikt. Nedenfor omtales bare de unntakene som er relevante for barnas situasjon.

6.6.2. Informasjon til barnet

Detaljert informasjon om forelderens medisinske tilstand og behandling er underlagt taushetsplikt og barnet har i utgangspunktet ingen selvstendig rett til slik informasjon. Barnets ønske om taushetsbelagt informasjon om foreldrene for å kunne forstå sin egen og familiens situasjon kan derfor normalt ikke oppfylles av helsepersonell uten samtykke fra foreldrene.

Barnet vil imidlertid ha rett til informasjon om helsetjenestens planlagte tiltak som har til formål å ivareta barnet selv. Slik informasjon vil være nødvendig for at barnet kan si sin mening i henhold til barneloven § 31.

Taushetsplikten gjelder ikke opplysninger som barnet allerede kjenner til, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 1. Helsepersonell kan oppnå mye med å kartlegge barnets kunnskaper og stille spørsmål. Helsepersonellet kan for eksempel spørre barnet om hvordan de oppfatter situasjonen, hvordan de har det, hva barnet selv vet, om de har spørsmål og hva de synes er vanskelig. Barn som lever sammen med foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet kan ofte ha inngående kjennskap til hva foreldrene sliter med. Forståelsen øker også med alderen.

Helsepersonelloven § 23 nr. 4 bestemmer at taushetsplikt etter § 21 ikke er til hinder for *”at opplysninger gis videre når tungtveiende private eller offentlige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre”*. I forarbeidenes spesielle merknader til bestemmelsen (Ot.prp. nr. 13 (1998-99)) uttales det at *”hensynene som taler for å bryte taushetsplikten, må veie vesentlig tyngre enn hensynet som taler for å bevare taushet, i alminnelighet vil det være nødrettsbetraktninger”*. Den etterfølgende drøftingen i forarbeidene er viet tilfeller hvor pasienten er til fare for sine omgivelser. Mishandling og bilkjøring i beruset tilstand nevnes. I disse situasjoner settes taushetsplikten til side *”av hensyn til å motvirke risiko for alvorlig skade på andre mennesker [fordi] denne risiko må anses som en mer tungtveiende interesse enn taushetsplikten”*. Departementet legger til grunn at det vil være vanskelig for helsepersonell i annet enn nødssituasjoner å kunne gi barn opplysninger om foreldrene som i utgangspunktet er taushetsbelagt med henvisning til helsepersonelloven § 23 nr. 4.

6.6.3. *Opplysningsplikt til barneverntjenesten*

Barneverntjenesten har ansvar for å sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. For å kunne ivareta denne oppgaven er den avhengig av å motta opplysninger fra andre som i tilknytning til sitt arbeid får kunnskap om barns situasjon. Alle offentlige tjenester og en rekke yrkesutøvere med profesjonsbestemt taushetsplikt har derfor plikt til av eget tiltak å opplyse barneverntjenesten om tilfeller hvor det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet, det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når et barn har vist vedvarende alvorlige atferdsvansker, jf. barnevernloven § 6-4 og helsepersonelloven § 33.

Opplysningsplikten er nærmere omtalt i Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-17/2006 *”Helsepersonells plikt og rett til å gi opplysninger til barneverntjenesten, politiet og sosialtjenesten ved mistanke om: – mishandling av barn i hjemmet, – andre former for alvorlig omsorgssvikt av barn, – misbruk av rusmidler under graviditet”*.

I rundskrivet er bekymring knyttet til foreldrenes evne til å ta tilstrekkelig ansvar for barnets helse og utvikling omtalt slik:

”Det tas her sikte på situasjoner hvor foreldrenes omsorgsevne på sikt ikke er tilstrekkelig, uten at det nødvendigvis har gitt seg utslag i fare eller skade på barnet på inngreptidspunktet. Bestemmelsen tar særlig sikte på situasjoner der foreldrene er tilbakestående eller har alvorlig sinnslidelser, eller også dersom foreldrene har alvorlige rusproblemer med dårlig prognose for rehabilitering.

Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten er begrenset til å gjelde de alvorlige tilfeller etter barnevernloven. Det at helsepersonellet mener at barnet ikke lever under optimale forhold vil ikke være nok til å utløse opplysningsplikten. Generelt kan man si at opplysningsplikten utløses hvis barnet lever i en situasjon hvor det er fare for at barnet kan ta vesentlig skade. Det er således ikke tilstrekkelig at foreldrene for eksempel har psykiske problemer eller rusproblemer; det er problemenes innvirkning på barnet som er avgjørende”.

I situasjoner som ikke er så alvorlig at opplysningsplikten er oppfylt, vil opplysninger bare kunne gis til barneverntjenesten dersom foreldrene samtykker til dette.

6.6.4. *Opplysningsplikt til sosialtjenesten om gravide rusmiddelavhengige*

Barneverntjenesten og helsepersonell som yter helsehjelp har opplysningsplikt til sosialtjenesten når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade. Dette følger av helsepersonelloven § 32 annet ledd og av barnevernloven § 6-7 tredje ledd. Bestemmelsene henviser til sosialtjenesteloven § 6-2a, som gir sosialtjenesten adgang til å treffe vedtak om å holde gravide rusmiddelmissbrukere tilbake i institusjon i spesialisthelsetjenesten uten samtykke.

Hensikten bak opplysningsplikten til sosialtjenesten er å unngå at et barn blir født med skade som følge av at mor misbruker rusmidler under svangerskapet.

6.6.5. *Situasjonen hvor barnets foreldre lever atskilt*

En forelder med foreldreansvar har rett til opplysninger om barnet. Det omfatter opplysninger som direkte angår barnets person, men i utgangspunktet ikke opplysninger som først og fremst gjelder den andre forelderen. Det oppstår derfor vanskelige spørsmål når foreldrene lever hver for seg. På bakgrunn av at opplysninger om den andre forelderens helsetilstand og behandling vil kunne fortelle mye om barnets levekår, kan slike opplysninger etter omstendighetene falle inn under det begge foreldrene kan eller skal gis opplysninger om.

Barneloven § 47 regulerer rett til opplysninger om barnet for en forelder som ikke har del i foreldreansvaret. Denne har i utgangspunktet rett til opplysninger om barnet fra barnehage, skole, helse- og sosialvesen og politi. Retten inntreffer først på anmodning og innebærer ingen rett til å bli holdt løpende orientert om barnets forhold. Opplysninger kan i det enkelte tilfelle nektes gitt hvis det kan være til skade for barnet. Fylkesmannen kan i henhold til bestemmelsens tredje ledd avgjøre at den som ikke har foreldreansvaret kan fratras retten til opplysninger, dersom opplysningsretten er til skade for barnet.

6.7. Journalføring av opplysninger om barnet

Opprettelse: Helsepersonelloven § 39 bestemmer at *”den som yter helsehjelp, skal nedtegne eller registrere opplysninger som nevnt i § 40 i en journal for den enkelte pasient”*. Dersom helsetjenesten gir barnet helsehjelp, herunder forebyggende helsehjelp, vil barnet anses for å være pasient og det skal derfor opprettes en egen journal for barnet. Når det i forbindelse med helsehjelp til voksne foretas en kartlegging av om vedkommende har barn og eventuelle oppfølgingsbehov barnet kan ha, vil det være naturlig at resultatet av kartleggingen nedtegnes i forelderens journal. Det at barnet er informert om foreldrenes tilstand eller behandling kan skrives i pasientens (forelderens) journal, men kan også nedtegnes i barnets journal dersom det er opprettet journal pga. andre tiltak. Helsepersonellet bør i egen journal for barnet dokumentere tiltak som er begrunnet i barnets tilstand samt henvisninger til andre tjenester, selv om barnet ikke er å regne som pasient.

I kommunehelsetjenesten har fastlegene, hjemmesykepleien og helsestasjons- og skolehelsetjenesten uavhengige journalsystemer for barn og unge. Alle barn og unge 0-20 år har journal i helsestasjons- og skolehelsetjenesten uansett tilstand.

Innsyn: Foreldrene har i henhold til pasientrettighetsloven § 5-1, jf. § 3-4 fullt innsyn i barnas journal så lenge barnet er under 12 år. Er barnet mellom 12 og 16 år, skal opplysninger ikke gis til foreldrene eller andre med foreldreansvaret når pasienten av grunner som bør respekteres, ikke ønsker dette. Informasjon som er nødvendig for å

oppfylle foreldreansvaret, skal likevel gis foreldre eller andre med foreldreansvaret når pasienten er under 18 år.

Mindreårige barn har ikke selvstendig rett til innsyn i sine foreldres journal, men har full innsynsrett i egen journal.

Helsepersonell som har innsyn i foreldrenes journal, har ikke nødvendigvis også innsyn i barnets journal. Det kreves normalt samtykke fra foreldrene for å sammenstille barnets og foreldrenes journaler.

I pasientens (forelderens) journal kan det registreres om pasienten har barn og ved innleggelse hvordan disse er ivaretatt. Etter departementets oppfatning er dette opplysninger som kan være relevante for å belyse foreldrenes situasjon. Helsepersonell har imidlertid ingen plikt til å registrere disse opplysningene, med mindre det har betydning for meldeplikten til barnevernet, jf. helsepersonelloven § 40.

I barnas journal kan det ofte være behov for også å gi opplysninger om foreldrenes tilstand. I henhold til helsepersonelloven § 40 skal journalen "*inneholde relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen*". En opplysning om at mor for eksempel er rusmiddelavhengig og behandlingstrengende vil, sett fra barnets ståsted, kunne være både relevant og nødvendig opplysning. Det vil være en viktig premis for det helsepersonellet som skal møte barnet og vurdere eventuell senere oppfølging.

Opplysninger om foreldrene som har betydning for vurderingen av barnas behandlingsbehov er opplysninger som direkte gjelder barna. Det er like mye barnas informasjon som foreldrenes. Helsepersonells taushetsplikt brytes derfor ikke ved å omtale barnas forhold til foreldrene og barnets livssituasjon i barnets pasientjournal.

Ifølge helsepersonelloven § 40 første ledd skal "*opplysninger som er nødvendige for å oppfylle meldeplikt eller opplysningsplikt fastsatt i lov eller i medhold av lov*" føres i barnets pasientjournal. Typisk informasjon vil være foreldrenes forhold til rusmidler, om de har psykiske lidelser, om de er innlagt over lengre perioder og hvordan de tar seg av barna. Helsepersonellens vurdering av disse opplysningene vil også belyse helsepersonellens begrunnelse for at forholdet er meldt eller ikke meldt til barnevernet.

På denne bakgrunn legger departementet til grunn at helsepersonell i barnets journal kan omtale de forholdene som har konsekvenser for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand. Dette vil trolig normalt være opplysninger om at foreldrene har en sykdom eller lidelse som påvirker barnas helsetilstand og hvilke utslag dette har hatt for barnets omsorg. Detaljerte opplysninger om foreldrenes behandling og helsetilstand skal utelates fra barnets journal.

7. Andre nordiske land

7.1. Danmark

I Danmark inngås det lovbestemte "sundhedsaftaler" mellom staten på den ene side og regionene og kommunene på den andre siden. Avtalene regulerer hvordan regionene og kommunene skal ivareta oppgaver på helseområdet og hvordan de skal sikre en sammenhengende pasientbehandling i de to nivåene. I "Veiledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler" (2006) fremgår det at et minimumskrav til avtalene er at de "skal beskrive hvordan partene sikrer at det foretas en vurdering av behov for innsats i forhold til barn i familier hvor en person har en sinnslidelse og hvordan ansvaret for ivaretagelse av disse behovene fastlegges".

Veilederen utdyper minimumskravet slik (vår oversettelse):

Kravet skal medvirke til å sikre, blant annet ut fra et forebyggelsesperspektiv, at barn som vokser opp i en familie med sinnslidende foreldre, i videst mulig omfang får en barndom med omsorg, sosial kontakt og utviklingsmuligheter.

Et menneske med sinnslidelse kan, midlertidig eller mer permanent, ha behov for støtte og avlastning for å ivareta foreldreoppgaven. For at barnet ikke i praksis selv står med ansvaret for foreldrene og for oppfyllelse av familiens basale behov, er det av avgjørende betydning at alle parter er oppmerksomme på å vurdere om det er bruk for en særlig innsats overfor barn i familien. Søskene til sinnslidende barn og unge kan også ha behov for særlig støtte. I forbindelse med akutte innleggelseser er det særlige behov for omsorg, basale daglige behov, informasjon til omgivelsene mv., men ansvaret for den langsiktige innsats overfor disse barna skal også ivaretas.

Ved konkretiseringen av eventuelle behov for en særlig innsats, skal den enkelte familie som utgangspunkt involveres. Avtalen skal således beskrive hvordan partene sikrer en vurdering av behovet for innsats overfor barn i familier med en psykisk syk person. Dette innebærer blant annet å sikre prosedyrer for familieanamnese og å presisere hvem som har ansvar for å foreta en behovsvurdering. Avtalen skal også beskrive hvordan partene vil sikre at det er dokumentert hvor ansvaret for å ivareta eventuelle behov for innsats ligger. Det skal ikke være tvil om hvem som har plikt til å informere eller iverksette tiltak, så vel generelt som i akutte situasjoner. Ut over dette bør avtalen også beskrive hvordan partene sikrer at det finnes tilgjengelige beskrivelser av familiestøttetilbud og henvendelsesmuligheter.

7.2. Sverige

Barnas rettslige stilling ved foreldrenes sykdom og lignende er ikke uttrykkelig lovregulert i Sverige. Helse- og sosialtjenestenes møte med barn av personer med psykisk sykdom er omtalt i SOU 2006:100 "Vård, stöd och service" s. 202 flg. Den støtten som barn og foreldre får, varierer mye mellom ulike klinikker og kommuner. Utvalget hevder at arbeidet i voksenpsykiatrien fremdeles i altfor stor utstrekning utelukkende er innrettet på pasientens problemer. Det bør derfor gis mye større oppmerksomhet til barnas behov for støtte og hjelp med å forstå situasjonen når mamma eller pappa er syk.

Løsningen vil være å utvikle en barne- og familieorientert arbeidsmåte i helsetjenesten og å få til et nært samarbeid mellom voksenpsykiatri, primærhelsetjenesten, barne- og ungdomspsykiatri, sosialtjenesten, skolen og andre berørte aktører.

Utvalget konkluderer med at helsetjenestene bør ha tydelige rutiner for å møte barnas behov for informasjon og støtte. Rutinene må sikre at det tas rede på om foreldrene har barn og at barna tilbys informasjon og oppfølging. Det vises til et lovforslag utarbeidet av "Barnpsykiatrikommittén" i 1998 som lød slik (vår oversettelse):

Når en pasient med psykisk sykdom, alvorlig fysisk sykdom eller skade, misbruk av alkohol eller annet avhengighetsskapende middel har et mindreårig barn, skal det tas særskilt hensyn til barnets behov for informasjon, råd og støtte. Det samme gjelder for barn av foreldre som plutselig dør.

Utvalget ber regjeringen om å følge utviklingen nøye og igjen å vurdere om en lovendring kreves dersom tilbudet ikke forbedres.

7.3. Finland

I Finlands barnskyddslag, som tilsvarende vår lov om barneverntjenester, er det gitt følgende bestemmelse om blant annet helseinstitusjonenes aktivitetsplikt:

”§ 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.

8. Vurdering av rettslige endringsbehov

8.1. Behov for regulering i lov

Omtalen av gjeldende rett i kapittel 6 viser at det i dag er en mangelfull rettslig regulering av mindreårige barns rettsstilling når foreldrene behandles av helsetjenesten. Helsepersonell har anledning til å ivareta barnas interesser, men ingen plikt.

Etter det departementet har kunnet bringe på det rene er ikke helsetjenestens faktiske oppfølging av barna fullt ut tilfredsstillende, se kapittel 4. Det er tilfeldig hvilke barn som blir fulgt opp og det er store lokale variasjoner. Regjeringen har i de siste årene igangsatt mange tiltak som skal imøtekomme barnas behov, se kapittel 5. Disse tiltakene kan gi store lokale forbedringer, men sikrer ikke et likeverdig nasjonalt tilbud.

En lovregulering vil gi et klart signal til helsetjenesten om at det er viktig å oppdage og følge opp barna. Etterlevelsen vil dessuten bli underlagt Helsetilsynets tilsynsvirksomhet og virksomhetenes internkontroll. Dette vil gi et godt bidrag til å sikre et mer tilfredsstillende og likeverdig tilbud for de berørte barna.

På denne bakgrunn ser departementet behov for å styrke barnas faktiske og rettslige stilling ved også å foreslå endringer i helselovgivningen.

Departementet har valgt å samle forslagene til helsepersonells plikter overfor pasientenes mindreårige barn i en ny § 23 a i helsepersonelloven. Begrunnelsen for dette er at pliktene i all hovedsak gjelder helsepersonellens yrkesutøvelse og at spesialisthelsetjenesten uten videre plikter til å innrette virksomheten slik at helsepersonell blir i stand til å oppfylle sine plikter etter helselovgivningen, jf. helsepersonelloven § 16. Det foreslås ikke en speiling av bestemmelsene i pasientrettighetsloven ettersom barna ikke gis rettigheter i kraft av å være pasienter eller nærmeste pårørende i pasientrettighetslovens forstand. En dobbelt regulering er heller ikke heldig.

8.2. Plikt til å bidra til å ivareta barna

Av barneloven, lov om barneverntjenester og barnekonvensjonen fremgår det at barn har krav på beskyttelse når foreldre ikke kan ivareta omsorgen godt nok. Det offentlige har derfor en plikt til å følge dette opp, men det er ikke uttrykkelig inntatt som en oppgave for helsetjenesten i helselovgivningen. Barn som er pårørende har etter dagens pasientrettighetslov ingen selvstendig rett til å få informasjon eller annen oppfølging fra helsetjenesten.

Departementet ser det som viktig å forankre en slik grunnleggende forpliktelse til å se barn og ivareta deres behov i helselovgivningen. Dette vil være en god påminnelse til

helsetjenesten om det ansvaret alle offentlige myndigheter deler. Det vil dessuten være en klar oppfordring til helsepersonell og ledere i helsetjenesten om å tenke grundig gjennom hvordan barna kan oppdages og hvilken hjelp som er mulig å få til lokalt.

Fortrinnsvis skal informasjon og oppfølging skje i regi av foreldrene. Helsepersonellet bør bidra dersom barnet har særlig behov for det. En slik plikt til å bistå foreldrene og barna bør imidlertid ikke bare gjelde når foreldrene åpenbart kommer til kort. Den bør gjelde generelt, slik at også tilsynelatende ressurssterke pasienter tilbys hjelp og råd om hvordan de best kan ivareta barna i en vanskelig sykdomssituasjon. Et eksempel kan være at pasienter som får kreftdiagnose ofte vil være i tvil om de bør fortelle barna hva som skjer og i tilfelle hvor mye og på hvilken måte. Helsepersonell kan i slike tilfeller bistå foreldrene med å vurdere hva barna bør få vite og gi råd om hvordan barna bør informeres.

Det å ha tenkt gjennom ulike problemstillinger og ha en planlagt virksomhet for å møte disse barna, kan i mange tilfeller være tilstrekkelig til å oppnå en forståelse med foreldre og barn om enkle tiltak som kan gjøre hverdagen enklere for barnet.

Planlegging og utarbeidelse av rutiner vil gi nødvendig rom for lokalt tilpassede løsninger og kan være en pådriver for å utvikle samarbeidet mellom de ulike nivåene i sosialtjenesten, helsetjenesten, skolen/barnehagen og barnevernet. Lovgivning kan også bidra til at virksomhetene får til en mer systematisk og forpliktende tilnærming til barna.

Reguleringen bør være generelt utformet slik at helsepersonell og helsetjenesten kan finne løsninger som er hensiktsmessige for de mange ulike situasjonene i en variert helsetjeneste. Bestemmelsen må også utformes slik at helsepersonell ikke påtar seg oppgaver som ligger utenfor deres kompetanse og som best kan ivaretas av andre tjenester. Helsepersonell skal heller ikke overta foreldrenes ansvar for barna. Helsepersonellet bør derfor ha en plikt til å bidra til å ivareta barna, sammen med foreldrene og andre tjenester.

8.2.1. Departementets forslag

Departementet foreslår på denne bakgrunn å lovfeste at helsepersonell skal bidra til å ivareta barns behov når foreldrene har psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade.

8.2.2. Nærmere om innholdet i plikten

En slik generell bestemmelse gir ingen detaljert anvisning på hvordan helsepersonell skal forholde seg. Det er meningen at plikten skal fylles med innhold i den enkelte helsetjeneste og at helsepersonellet gis oppfordring til å tenke gjennom hva de kan bidra med. I så måte gir bestemmelsen et signal til helsetjenesten om at det å ivareta

barna er en viktig oppgave. Bestemmelsen utdypes imidlertid av notatets øvrige forslag til plikter for helsepersonellet, se nedenfor.

Helsepersonell skal bidra til å ta vare på barna i den utstrekning dette er en naturlig forlengelse av helsetjenestens oppgaver og kompetanse. Dette innebærer at helsepersonell ikke alene skal ha ansvar for å gi barna et helhetlig tilbud eller koordinere ulike tjenesters innsats. Helsepersonell skal støtte opp om pasienten og barnet så godt det lar seg gjøre, og ellers samarbeide med andre tjenester ved henvisning og kontakt i en overgangsfase.

Normalsituasjonen er at foreldrene ønsker å følge opp egne barn, men at sykdommen gjør dette vanskelig. Pasienten trenger derfor ofte først og fremst hjelp til å ivareta sitt ansvar. For barnet vil det beste som regel være at foreldrene avgjør hvordan barnet best ivaretas. Helsepersonell bør derfor også bidra til å gjøre foreldrene selv i stand til å ivareta barnas behov for eksempel bistå med å gi informasjon om forelderens helsetilstand og bistå ved å bidra til å gi barna nødvendig oppfølging..

Helsepersonellet bør spørre pasienten, og eventuelt ledsagende personer, om han eller hun har mindreårige barn, jf. forslag nedenfor om journalføring. Dette kan åpne for en samtale om barnas behov og foreldrenes tanker hvordan barnet best mulig ivaretas. En slik samtale kan gi verdifull innsikt i om barnet har et godt nettverk som kan ivareta dets interesser eller om det foreligger meldeplikt til barnevernet etter helsepersonelloven § 33. Sistnevnte vil sjelden være hovedformålet. Enkelte distriktpspsykiatriske sentra har utviklet nyttige kartleggingsskjema til hjelp i samtalen.

Det er etablert tilgang direkte mot sentralt folkeregister på et begrenset antall plasser i de fleste sykehus slik at helsepersonellet ved behov kan finne opplysninger om familie selv når det ikke er mulig å spørre foreldrene.

Hjelp til barna og familien kan gis av instanser som arbeider med barn og voksne innen sosialtjenesten, skolen, barnehagen, barneverntjenesten og helsetjenesten. For å sikre et integrert tjenestetilbud bør det skapes faglige nettverk og samarbeidsordninger mellom de ulike miljøene som arbeider med disse problemene, uavhengig av arbeidsgiver, etatstilhørighet eller hovedoppgaver. Ved å samarbeide med andre tjenester om blant annet utvikling av rutiner for samarbeid og oppfølging av barnet, vil helsetjenesten bedre kunne bidra til å ivareta barna.

Barna kan også selv ha behov for helsehjelp. Helsetjenesten bør søke å avklare dette.

Behovet for informasjon og oppfølging fra helsepersonell vil variere etter det enkeltes barns situasjon. Hvor "nærmeste pårørende" til pasienten er barnets andre forelder eller annen person som har omsorg for barnet i det daglige (eks mors/fars samboer), vil behovet nødvendigvis ikke være så stort som hvor "nærmeste pårørende" er en person som ikke har en slik relasjon til barnet. Der hvor "nærmeste pårørende" til pasienten er den andre forelderen eller annen med foreldreansvaret er de en viktig

samarbeidspartner for helsepersonell for å bidra til at barnet får informasjon og nødvendig oppfølging. Den andre forelderen kan sette i gang en rekke tiltak som oppfølging av barnet uten at det forutsettes samtykke fra den forelderen som er syk (pasienten).

Dersom helsepersonell gis en plikt ved lov til å bidra til å ivareta barna må virksomhetene i henhold til bestemmelsene om internkontroll planlegge virksomheten slik at helsepersonellet kan oppfylle sine plikter. En naturlig måte å oppnå dette på, vil være å lage lokale rutiner. Tilsynsmyndighetene vil også kunne føre tilsyn med oppfølging av barna.

Alle har rett til å stå på liste hos en fastlege, jf. forskrift om fastlegeordningen i kommunene §§ 3 og 4. Fastlegene får epikriser etter utskrivelse fra spesialisthelsetjenesten, jf. forskrift om pasientjournal § 9. Foreldre som ikke er til behandling i for eksempel psykisk helsevern, vil ha fastlegen som sin primærkontakt. Med dette som utgangspunkt, vil det i mange tilfeller være hensiktsmessig at fastlegene ut fra foreldres situasjon vurderer behovene hos barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, slik at oppfølgingsplikten overfor slike barn ofte vil ligge hos fastlegene. Oppfølgingsplikten for fastlegene kan blant annet innebære at legene informerer helsestasjons- og skolehelsetjenesten som vil kunne iverksette helsefremmende og forebyggende tiltak, for eksempel i samarbeid med skolen eller barnevernet.

Departementet er interessert i å høre om høringsinstansene har forslag til eksempler på hva helsepersonell kan bidra med for å ivareta barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke pasienter.

En ikke uttømmende liste over presiseringer av plikten følger av drøftingen nedenfor.

8.3. Plikt til å søke samtykke fra foreldrene for oppfølging av barnet

De aller fleste foreldre vil det beste for barna sine selv om omsorgsevnen ikke alltid strekker til. Både barn og foreldre er best tjent med at det ikke er konflikter om viktige beslutninger, samt at foreldre og hjelpeinstans kan samarbeide til barnets beste. Erfaringer viser at samtaler om barns behov oppleves som konstruktivt og avlastende for de fleste foreldre. Ettersom både psykiske problemer og rusmiddelproblemer fremdeles er forbundet med mange tabuer, er det viktig at tjenesteyterne tar initiativ til å snakke om dette på en respektfull, åpen og sensitiv måte. Å tilstrebe en allianse med den voksne ved å være anerkjennende og støttende øker muligheten for å nå frem med bistand også til barnet.

I utgangspunktet er samtykke nødvendig for å kunne gi barnet informasjon om foreldrenes helsetilstand. Det kan også være aktuelt å kontakte andre deler av helsetjenesten, skole, barnehage, barnevern eller andre hjelpere for utveksling av informasjon og igangsetting av ulike former for samarbeid.

Et godt tverretattlig og tverrfaglig samarbeid er svært viktig for barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke. Enhver helsetjeneste som kommer i kontakt med foreldre med denne typen problemer bør derfor rutinemessig ta initiativ til å drøfte forhold av betydning for barns trivsel, helse og utvikling med foreldrene eller andre som har omsorgen for barnet og be om samtykke til å kunne gjennomføre videre oppfølging som synes nødvendig av hensyn til barnet. Det kan være aktuelt å drøfte mulige behov og tiltak samt motivere til og formidle kontakt med andre instanser. Dette vil gi et bedre utgangspunkt for samordning ettersom familiene ofte kan trenge hjelp fra flere deler av tjenesteapparatet.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at helsepersonell, når barnets beste tilsier det, bør pålegges en plikt til å informere foreldrene om det de mener er en hensiktsmessig eller nødvendig oppfølging av barna og be om samtykke til å kunne gjennomføre dette. Se forslag til lovtekst i helsepersonelloven § 23 a, første ledd, bokstav a.

Barnets beste vil først og fremst være at helsepersonellet utviser en aktivitet overfor foreldrene hvis foreldrene selv ikke er eller ser seg i stand til å ivareta barnas behov. Videre kan det være fordelaktig å dele erfaringer med foreldrene i tilfeller hvor foreldrene søker råd om hvordan de bør forholde seg overfor barna eller åpenbart vil ha nytte av dette. Hva som er barnets beste må vurderes i den enkelte situasjon og terskelen for å ta forhold opp med foreldrene bør være lav.

Helsetjenestens muligheter til selv å følge opp barna vil begrenses av helsepersonellens kompetanse. Helsetjenesten bør involvere eller henvise til andre tjenester når hjelpebehovet strekker seg ut over det som naturlig hører til helsetjenestens behandlende og forebyggende rolle.

Omsorgspersonen kan ikke samtykke til mer enn det vedkommende har samtykkekompetanse til. Det vil si at andre omsorgspersoner enn pasienten selv i utgangspunktet kan samtykke til kontakt med andre tjenester for å ivareta barnets behov, helsehjelp og til å gi alminnelig tilgjengelig informasjon om sykdom etc. som ikke konkret gjelder den behandlingen som forelderen mottar. Pasienten kan i tillegg samtykke til å informere barnet og andre om pasientens egne forhold.

8.4. Informasjon til barnet

8.4.1. Barnets behov for informasjon

Barn vil normalt ha et stort behov for tilpasset informasjon om hva som skjer med foreldre som behandles i helsetjenesten. Særlig er dette aktuelt i akutte faser. Barn vil også ha god nytte av å kunne samtale med voksne som kan informere og besvare spørsmål på en måte som er tilpasset barnets utviklingsnivå. Det kan være aktuelt å snakke om foreldrenes tilstand, behandlingen, at barna ikke kan lastes, at foreldrene får

god hjelp, hvordan barna bedre kan mestre situasjonen eller lignende. For mange er det også viktig å få informasjon om hvordan en kan ta kontakt, og hva en kan vente seg, av behandlingsinstansen. Det er en fordel om denne informasjon er tilgjengelig skriftlig i et lett forståelig språk, gjerne også tilgjengelig på internett.

Barn kan få for lite informasjon om hva som skjer med foreldrene og hva dette vil innebære for barna selv. Slik mangel på informasjon skaper usikkerhet og grobunn for uheldige misforståelser. Mange barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige vil imidlertid kunne få for mye informasjon i forhold til alder og modenhet. Når foreldre ukritisk deler sine erfaringer, bekymringer og tanker om helse- og livssituasjon med barna, må disse dele foreldrenes problemer. Informasjonen kan være preget av foreldrenes sykdom og behov for å rettferdiggjøre egne valg. Barn vil gjerne være til hjelp for sine foreldre og kan derfor lett ta på seg for mye ansvar. Helsetjenesten vil kunne bidra med å gi barna pålitelig og balansert informasjon.

Dersom foreldrene har anmodet om eller samtykket til at helsepersonellet informerer barnet om helsetilstand, behandling og andre forhold av betydning for barnet, følger det av den foreslåtte bestemmelsen i punkt 8.2 om plikt til å bidra til å ivareta barna at helsepersonellet har en plikt til å bistå foreldrene. Det samme følger av forslaget i punkt 8.3 for så vidt gjelder de tilfellene hvor helsepersonellet selv har søkt samtykke.

8.4.2. *Informasjon hvor samtykke ikke foreligger*

I rapporten *"Tiltak for barn med psykisk syke foreldre"* utarbeidet av Regionsenter for barn og unges psykiske helse i Helseregion Øst og Sør i 2005 fremheves følgende problemstilling:

"For å takle foreldres sykdom, er det viktig at barn får nødvendig informasjon samtidig som de også må beskyttes. Foreldre på sin side har ansvar for å dra omsorg for sine barn, jf. barnekonvensjonen og barneloven, samtidig som de må håndtere sin egen situasjon som kan være svært krevende. Det kan i den sammenhengen stilles spørsmål ved hvilket ansvar foreldre har til å gi barn informasjon som er nødvendig for at barna skal forstå og takle foreldrenes sykdom. Skal den syke foreldereren fritt kunne velge å holde tilbake informasjon fra barn som er moden nok til å håndtere informasjonen, dersom dette vil være til skade for barnet eller vanskeliggjøre barnets håndtering av foreldrenes sykdom?"

Hvis foreldereren ikke samtykker til å informere barnet om helsetilstanden, vil helsepersonellet som hovedregel være bundet av helsepersonellovens taushetsplikt, se omtale i punkt 6.6.2. Dette gjelder så vel når pasienten uttrykkelig nekter å gi samtykke som når det oppstår situasjoner hvor det ikke er mulig å få pasientens gyldige samtykke til at pårørende kan informeres, f.eks. pga. bevisstløshet eller alvorlig psykisk sykdom.

Ettersom foreldrenes situasjon ved psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet kan ha stor betydning for barnets egen situasjon, vil barnet på sin side kunne ha et sterkt behov for å kunne snakke om og få en viss forståelse av hva som skjer med foreldrene, hvor de er og når de kommer tilbake. Det kan også være at barnet har behov for

informasjon som foreldrene ikke kan eller vil gi, for eksempel behandlingsmåter og typiske konsekvenser av sykdommen eller tilstanden. Barn kan også ha behov for informasjon ved alvorlig somatisk sykdom og skade.

På bakgrunn av dette kan det stilles spørsmål ved om hensynet til barna veier så tungt at helsepersonell bør gis opplysningsplikt uten hensyn til taushetsplikten når barnet har et sterkt behov for informasjon om hva som skjer med en syk forelder.

Et argument for å opprettholde dagens taushetsplikt er at det vil kunne oppleves som en tilleggsbyrde for foreldrene å miste styringen over sitt forhold til barna og formidlingen av informasjon. Dette kan gjøre situasjonen verre for barnet og familien. Videre kan det nødvendige tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell bli lidende, noe som kan gå ut over behandlingen eller føre til at pasienten unngår å oppsøke hjelp. Det kan også anføres at foreldrene normalt vil kjenne sitt barns behov best, og at det kan være gode grunner til at barnet ikke bør få vite detaljer om foreldrenes situasjon.

En eventuell opplysningsplikt må også vurderes i forhold til den grunnleggende retten til respekt for privatliv og familieliv som blant annet følger av EMK artikkel 8. I henhold til barneloven § 30 har den eller de som har foreldreansvaret for barnet også rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold. I tillegg til å regulere forholdet mellom foreldrene, regulerer den også forholdet til utenforstående. Det er derfor i utgangspunktet foreldrene som har beslutningsmyndighet i forhold til sine barn. Utgangspunktet er derfor at det skal mye til for å gi informasjon til barnet på foreldrenes vegne.

På den annen side kan hensynet til barnets beste være så tungtveiende at det bør slå igjennom overfor taushetsplikten og foreldrenes bestemmelsesrett. Barnekonvensjonen artikkel 3 forplikter offentlige myndigheter til å opptre slik at hensynet til barnas beste ivaretas. Artikkel 3 bestemmer at *"ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn"*.

Barnet kan ha et så stort behov for å forstå hva som skjer at taushet gjør vondt verre. Situasjonen kan fremstå som svært vanskelig eller traumatisk, avhengig av hvordan møtet med helsetjenesten skjer og barnas tidligere erfaring og modenhet. En tvangsinnleggelse av en mor eller far kan for eksempel være opprivende for et barns psyke og gi virkninger som barnet bærer med seg for alltid. I slike tilfeller taler hensynet til barnets beste for at de får tilstrekkelig informasjon om hva som skjer, slik at de bedre kan forstå konsekvensene for sin egen nære fremtid.

Det er naturlig å anta at jo mer detaljert informasjon om foreldrenes helsetilstand og behandling som vurderes gitt, jo mer kreves det av interesseovervekt. Terskelen for å informere bør også være høyere dersom foreldrene faktisk har nektet samtykke til informasjon fremfor når samtykke ikke har vært mulig å innhente. Dersom det gis et minimum av nødvendig og grunnleggende informasjon, kan dette være til stor hjelp for

barnet uten at det utgjør noe videre inngrep i foreldrenes personvern og eierskap til egen informasjon.

Med nødvendig og grunnleggende informasjon tenker departementet for eksempel på hvor foreldrene befinner seg, hvor lenge de skal være der, alminnelig tilgjengelig informasjon om sykdomsforholdet, at foreldrenes sykdom ikke er noe som kan lastes barna og at de vil bli tatt godt vare på. Dette er informasjon som har direkte betydning for barnets tilværelse og planlegging av omsorgssituasjonen i nær fremtid. Detaljert informasjon om alvorlighetsgrad, behandlingsopplegg og behandlingsutsikter vil i denne sammenheng ofte ikke være like nødvendig og foreldrene bør kunne holde dette for seg selv.

Barn har videre rett til å medvirke ved beslutninger som gjelder barnets forhold, så som hvem de skal bo hos, hvilken kontakt de skal ha med foreldrene og hvilke tjenester de vil motta, jf. barnelova § 31. For å kunne ta stilling til dette, må barna ha et minimum av informasjon om forhold som springer ut av foreldrenes situasjon.

Barn vil dessuten ofte selv ha fanget opp mye informasjon om foreldrenes helsetilstand. I så fall vil det være lite inngripende å bekrefte det barnet vet og rette opp eventuelle misforståelser.

Departementet legger stor vekt på at pasienten så langt som mulig skal kunne ta beslutninger om informasjonsspredning og forholdet til barna. Foreldrene bør derfor i utgangspunktet settes i stand til selv å informere sine barn eller, hvor det er mulig, gis anledning til å være til stede når slik informasjon gis.

Departementet legger likevel avgjørende vekt på at hensynet til barnas beste taler for at grunnleggende informasjon som foreldrene som et minimum normalt selv ville ha delt med sine barn bør kunne gis på nærmere vilkår.

Departementet foreslår på denne bakgrunn å innføre en opplysningsplikt for helsepersonell overfor pasientens barn om strengt nødvendig og grunnleggende informasjon om helsetjenestens behandling av pasienten. Se forslag til lovtekst i helsepersonelloven § 23 a fjerde og femte ledd.

Departementet har valgt å foreslå en opplysningsplikt fremfor kun å gi helsepersonell en rett til å gi opplysninger gjennom unntak fra taushetsplikten. Slik overlates det ikke til det enkelte helsepersonells skjønn om barnet skal gis informasjon eller ikke. Dette vil styrke barnas rettsstilling og gjøre det mer sannsynlig at informasjon gis.

Samtykke fra pasienten bør forsøkes innhentet før informasjonen gis.

Dersom samtykke ikke er mulig å innhente fordi pasienten ikke er samtykkekompetent, foreslås det en plikt til å gi informasjon som er strengt nødvendig

og grunnleggende for barnet. Hvem som er samtykkekompetent fremgår av pasientrettighetsloven § 4-6.

Terskelen for å informere barnet bør være høyere i tilfeller der foreldrene har nektet samtykke enn der samtykke ikke har vært mulig. Dersom pasienten er samtykkekompetent, men motsetter seg at barnet skal få informasjon fra helsepersonellet skal barnet derfor normalt ikke gis informasjon som foreldrene ikke ønsker formidlet. Informasjon skal likevel gis dersom det er helsepersonellens vurdering at barnet kan bli skadelidende uten denne informasjonen og tungtveiende hensyn til pasienten ikke taler mot det.

Informasjonen skal være strengt nødvendig og må derfor begrenses til det som kan avverge at barnet blir skadelidende.

Informasjonen bør gis i en form som er tilpasset barnets individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. pasientrettighetsloven § 3-5. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet bør så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Barnet må kunne nekte å ta imot informasjon fra helsepersonellet.

Departementet er spesielt interessert i å høre høringsinstansenes syn på følgende spørsmålsstillinger:

- Hvilken konkret informasjon vil barn ha behov for?
- Hvilken konkret informasjon bør helsepersonellet eventuelt kunne gi til barn uten foreldrenes samtykke?
- I hvilken grad kan en opplysningsplikt få negative konsekvenser for barn som pårørende?
- Bør det være forskjell på den informasjonen som kan gis når pasienten er samtykkekompetent og når pasienten ikke er samtykkekompetent?

8.5. Informasjon til andre som har omsorg for barnet

Dersom foreldrene ikke bor sammen og den syke forelderen ikke vil ha kontakt med eller gi informasjon til den andre forelderen, selv om denne også har foreldreansvar for felles barn, er det en fare for at barnas behov ikke ivaretas i tilstrekkelig grad. Taushetsplikten kan i slike tilfeller vanskeliggjøre den andre forelderens oppfølging av barna. Det samme kan være tilfellet hvor andre enn far eller mor har omsorg for barnet.

Barneombudet har i møte med departementet omtalt to tilfeller hvor mor og far lever atskilt som kan tjene som eksempler:

- Mor er tvangsinnlagt på psykiatrisk institusjon. Barnet kommer i følge med den andre forelderen på besøk, men helsepersonellet vil ikke bekrefte at mor er der eller si hvor hun er. Det vises til taushetsplikten.
- Far er psykisk syk og veksler mellom gode og dårlige perioder. Far lever utenfor institusjon. Barnet ønsker å besøke far i gode perioder.

Kommunehelsetjenestens team som behandler far informerer ikke mor om når far har gode perioder, med henvisning til taushetsplikten.

I begge disse tilfellene vil det kunne være til barnets beste at den forelderen som ikke er syk får informasjon som gjør det mulig for barnet å ha samvær med pasienten.

I de aller fleste tilfellene løses trolig informasjonsbehovet ved at pasienten samtykker til å gi den nødvendige informasjonen til den andre omsorgspersonen. Forslaget til § 23 a første og tredje ledd innebærer at helsepersonellet aktivt bør innhente pasientens samtykke når det er av betydning for barnets situasjon.

Problemstillingen er likevel aktuell i de tilfellene hvor pasienten ikke er i stand til å ta stilling til om samtykke skal gis (mangler samtykkekompetanse) og hvor pasienten nekter samtykke. Foreldrenes rett til informasjon for å kunne ivareta barnets behov og helsepersonellets taushetsplikt står i disse tilfellene mot hverandre. Det kan være gode grunner til å gi informasjon, men også gode grunner for ikke å gi slik informasjon. Taushetsplikten må i dag respekteres.

Argumenter som taler for å lovfeste en presisering av rett til å gi informasjon til den andre forelderen:

- Enklere for helsepersonell å ta stilling
- Barnekonvensjonen artikkel 9 gir barn rett til et familieliv og rett til å ha kontakt med foreldrene. En forutsetning for å legge til rette for dette kan være at den forelderen som tar hånd om barnet har et minimum av informasjon om hvor den andre forelderen befinner seg.
- I den grad barnet gis rett til informasjon, se punkt 8.4 ovenfor, vil det være en fordel for barnet om også den som har omsorgen for barnet kjenner til det samme. Det vil forhindre situasjoner hvor barnet føler at det må hemmeligholde informasjon som det har behov for å snakke om.

Argumenter som taler mot en lovfesting:

- Alle har rett til respekt for privatliv og familieliv, jf. EMK artikkel 8.
- Pasienten kan ha gode grunner for at den andre forelderen ikke skal vite om hvor pasienten er
- Tillitsforholdet mellom pasient og helsepersonell kan bli lidende
- Pasienten ønsker ikke, av frykt for å "miste ansikt" overfor barnet, at barnet skal vite at mor eller far er innlagt på institusjon.
- Det kan være en risiko for at pasienten ikke oppsøker helsetjenesten for å få nødvendig helsehjelp fordi det fryktes at informasjon blir brakt videre til egne barn og deres øvrige omsorgspersoner.

Departementet legger til grunn at det vil kunne være til barnas beste at omsorgspersoner på anmodning kan få informasjon som muliggjør samvær med en syk forelder. Imidlertid vil fordelene med å gi slik informasjon ikke fullt ut kunne

tilsidesette pasientens rettigheter til et privatliv. Det er utfordrende å finne frem til en riktig balansegang for lovgivningen på dette punktet.

Dersom pasienten nekter samtykke, bør informasjon etter departementets oppfatning ikke gis. I disse tilfellene må retten til et privatliv respekteres. Det er uansett lite trolig at samvær i slike tilfeller kan gjennomføres på en positiv måte for barnet.

Tilsvarende bør gjelde når pasienten ikke er samtykkekompetent, for eksempel på grunn av bevisstløshet eller psykisk sykdom, og helsepersonellet har grunn til å tro at pasienten vil motsette seg at informasjonen gis.

Departementet foreslår på denne bakgrunn at helsepersonell, uavhengig av taushetsplikten, skal gi andre som har omsorgen for barnet informasjon som er strengt nødvendig for å sikre barnet samvær med pasienten dersom

- a) pasienten mangler samtykkekompetanse
- b) det ikke er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg det, og
- c) barnets beste tilsier det.

Dette vil typisk være informasjon om hvor den syke forelderen kan besøkes, når og hvilke forholdsregler barnet og den andre forelderen eventuelt bør ta. Informasjonen skal gis på anmodning fra den som har omsorgen for barnet mens pasienten er til behandling.

§ 23 a For departementet er det interessant å få høringsinstansenes vurdering av:

- Hvilken informasjon bør en omsorgsperson ha for å kunne følge opp barnets samvær med den syke forelderen?
- Hvilken informasjon bør kunne gis til den som tar hånd om barnet?
- Hvilke unntak bør oppstilles fra en eventuell hovedregel om at pasientens oppholdssted eller helsetilstand oppgis?

8.6. Barneansvarlig i spesialisthelsetjenesten

For å høyne bevisstheten om at pasienter også i mange tilfeller er foreldre til mindreårige barn, har flere sykehus opprettet såkalte barneansvarlige på de ulike postene innen psykisk helsevern for voksne. Målsettingen er å forbedre voksenpsykiatriske akuttavdelingers arbeid i forhold til familier med barn der en eller begge foreldre har en alvorlig psykisk sykdom. Gjennomgående erfaring er at mange barn har fått mangelfull informasjon og for liten hjelp til å snakke om hvordan de har det når en forelder blir psykisk syk.

Minst to personer på hver post har et særlig ansvar for kartlegging og oppfølging rundt foreldreskap og barn. Det legges vekt på at barnets behov for kontakt med foreldrene og nettverk skal tas med i planlegging av behandling. De barneansvarlige samarbeider

med behandlingsteamet rundt pasienten, altså en "pådriverrolle". Personene som er "barneansvarlig", er sosionomer og sykepleiere. De har blitt prioritert i forhold til kurs/videreutdanning i dette feltet. I tillegg har de tilbud om ukentlig veiledning/konsultasjon i forhold til innlagte foreldre med barn.

Oppgaver for de barneansvarlige er blant annet å forbedre samarbeidsrutinene mellom voksenpsykiatrien, barne- og ungdomspsykiatrien, barneverntjenesten, kommunehelsetjenestene og andre eventuelle samarbeidspartnere, så som skole, barnehage, helsestasjoner, PP-tjenesten, og sørge for at sykehuset tilbyr samtaler med barna.

Helse Fonna HF har også under utvikling et system for barneansvarlige på hver post/avdeling som har ansvar for kartlegging og familiesamtaler. Helse- og omsorgsdepartementet har i 2007 gitt økonomisk støtte til implementering av system for barneansvarlig, herunder utvikling av et nettverk i kommunene som kan følge opp etter utskrivelse.

Helse Stavanger HF har også under etablering barneansvarlige på alle avdelingene i de tverrfaglige, spesialiserte rustjenestene og innen psykisk helsevern for voksne. Etter å ha gjennomgått en felles opplæring vil de barneansvarlige få hovedansvaret for å yte behandling for barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Målet med opplæringen er at de barneansvarlige skal kunne ta ansvar for å kvalitetssikre at alle barn av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre får tilbud enten om samtaler alene, i grupper eller sammen med sine foreldre. Helse- og omsorgsdepartementet har gitt økonomisk støtte til opplæring av barneansvarlige.

Flere kreftavdelinger har også utpekt barneansvarlig helsepersonell.

Departementets vurdering og forslag

En ordning med barneansvarlig ved alle helseforetakene, private sykehus og private institusjoner som har avtale med helseforetakene vurderes å være en viktig organisatorisk løsning for å styrke barnas rettslige stilling ved alvorlig sykdom m.v. hos foreldrene. En slik ordning vil sette lovpålagte oppgaver i system, men kan også tjene som en plattform for utvikling av lokale initiativ.

Etter departementets vurdering bør helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten som behandler voksne med psykiske lidelser, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom pålegges en plikt til å innføre en ordning med barneansvarlige. Formålet er å sikre at barnas behov blir ivaretatt, at pasienter får tilbud om hjelp til å mestre foreldrerollen og gi grunnlag for bedre koordinerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og tjenester i kommunene.

Departementet foreslår derfor at ordningen med barneansvarlig helsepersonell hjemles i lov om spesialisthelsetjenesten, og at det gis en forskriftshjemmel som utdyper innholdet i arbeidsområdet. Se forslag til ny spesialisthelsetjenestelov § 3-7 a.

Departementet finner det ikke hensiktsmessig at stillingen som barneansvarlig knyttes til en definert yrkesgruppe.

Det vil i utgangspunktet være opp til den enkelte spesialisthelsetjeneste å vurdere den barneansvarliges arbeidsoppgaver ut fra lokale forhold, men departementet gis en forskriftshjemmel i andre ledd til å gi detaljerte regler. Formålet med ordningen er å sikre at barnas behov blir ivaretatt, at pasienter får tilbud om hjelp til å mestre foreldrerollen og gi grunnlag for bedre koordinerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og tjenester i kommunene. Barneansvarlig helsepersonell kan sørge for samarbeidsrutiner mellom voksenpsykiatrien, barne- og ungdomspsykiatrien, barneverntjenesten, kommunehelsetjenestene og andre eventuelle samarbeidspartnere, så som skole, barnehage, helsestasjoner og PP-tjenesten. De barneansvarlige kan også koordinere helsetjenestens kontakt med barna og sørge for at sykehuset tilbyr samtaler med barna og foreldrene.

8.7. Informasjon til barneansvarlig helsepersonell

Helsepersonells taushetsplikt gjelder normalt også overfor annet helsepersonell. Dette innebærer at den barneansvarlige i utgangspunktet bør være sentral i behandlingen av pasienten for å få tilgang til de nødvendige opplysningene for å kunne vurdere videre kontakt med andre tjenester, bistå foreldrene eller informere barna. En slik begrensning vil være en stor praktisk hindring for den barneansvarliges arbeid, idet bistanden overfor barnet vil være avhengig av et uttrykkelig samtykke i hvert enkelt tilfelle til at den barneansvarlige følger opp barnet.

Taushetsplikten vil blant annet gjøre det vanskelig for en avdeling å utnevne en felles barneansvarlig person. Sosionomer eller andre passende yrkesutøvere vil normalt ikke kunne utnevnes fordi de ikke er sentrale i behandlingen av pasienten. Departementet ønsker å tilrettelegge for en hensiktsmessig organisering av barneansvarlig helsepersonell uten at det gjøres store inngrep i taushetsplikten.

Departementet foreslår derfor at barneansvarlig helsepersonell kan gis informasjon som er strengt nødvendig for å kunne ivareta behovene til pasientens barn, uten hensyn til annet helsepersonells taushetsplikt. Se forslag til ny helsepersonellov § 23 a andre ledd.

Med strengt nødvendig informasjon menes opplysninger om at pasienten har barn, alder, andre omsorgspersoner, generell informasjon om pasientens tilstand og andre opplysninger som er nødvendige for å koordinere avdelingens ivaretagelse av barna. Det skal således ikke gis detaljert informasjon om pasientens behandling eller helsetilstand. Slik informasjon kan heller ikke bringes videre med mindre det foreligger hjemmel for å gjøre unntak fra taushetsplikten.

8.8. Journalføring av om pasienten har barn

På noen sykehus er journalsystemet innrettet slik at helsepersonellet kan krysse av for om pasienten har barn. Dersom det krysses av for dette, åpnes et nytt bilde med blant annet spørsmål om andre ivaretar barnet. En slik løsning legger godt til rette for å gi helsepersonellet en påminnelse om å undersøke forholdet til barna. Det å innrette journalsystemet på en slik avansert bruk kan være til god hjelp.

Det viktigste vil være at helsepersonellet oppfordres til å undersøke om pasienten har barn. Etter departementets vurdering er det nødvendig og relevant å journalføre om pasient med alvorlig sykdom m.v. har barn.

Departementet foreslår derfor at det i forskrift om pasientjournal inntas en plikt til å journalføre om pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn. Bestemmelsen innebærer en plikt til aktivt å undersøke om pasienten har mindreårige barn

Forslag til ny forskrift om pasientjournal § 8 første ledd, bokstav t):

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

[...]

t) Opplysning om pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn.

8.9. Opplysninger om foreldrene i barnets journal

Ut fra gjeldende rett, omtalt i punkt 6.7 ovenfor, kan helsepersonell i barnets journal omtale de forholdene som har konsekvenser for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand. Dette kan være opplysninger om at foreldrene har en sykdom eller lidelse som påvirker barnas helsetilstand og hvilke utslag dette har hatt for barnets omsorg.

Departementet ser behov for å tydeliggjøre gjeldende rett på dette området i journalforskriften og foreslår følgende bestemmelse:

Forslag til ny forskrift om pasientjournal § 8 første ledd, bokstav u):

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

[...]

u) Opplysninger om foreldrene som har konsekvenser for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand.

9. Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene innebærer at helsepersonell i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten får en ny lovpålagt oppgave ved at de må gi informasjon og tilpasset oppfølging til barn av alvorlig syke foreldre. Oppgavene er imidlertid avgrenset til å omfatte **barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke og skadde**. Videre er oppgavene avgrenset til de tilfeller der de samme barna ikke får tilstrekkelig informasjon og oppfølging av den andre forelderen og/eller ansvarlige tjenester. **I tillegg er det slik at barna flere steder, riktignok i varierende grad, også i dag gis informasjon og annen oppfølging**

Forslaget om å forplikte helsepersonell til å bidra til å ivareta barnas behov vil sette større fokus på barna i alle deler av helsetjenesten og gjøre disse bedre i stand til å takle en vanskelig hverdag. Mange helseforetak og kommuner arbeider med å få dette til allerede i dag. Det rettes et stadig sterkere fokus mot betydningen av å ivareta barna gjennom andre tiltak, så som rundskriv fra direktoratet og igangsatte tiltak med økonomisk støtte fra Barne- og likestillingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Ivaretakelsen av barna er derfor noe som trolig vil utvikle seg uten hjelp av lovgivningen. Lovgivningen kan imidlertid gi et bidrag til å få fortgang i utviklingen.

Noe av det viktigste helsetjenesten kan gjøre, vil være å orientere seg om hva den kan bidra med og hvordan den kan samarbeide med andre lokale tjenester. De økonomiske konsekvenser av dette vurderes å være ubetydelige.

Forslaget innebærer videre at helsepersonell skal se til at barn som måtte ha behov for det, henvises til vurdering og oppfølging i de ordinære tjenester. I lys av dette kan forslaget innebære, antatt særlig i en startfase, en viss økning i henvisninger av barn til behandling eller oppfølging. Dette vil uansett omfatte barn som allerede vil ha et behov for nødvendige helsetjenester.

Helsepersonell skal etter forslaget på visse vilkår ha en plikt til, uten hinder av taushetsplikten, å gi informasjon til barnet og den som har omsorg for barnet. Informasjon til barnet kan ta mange former. Det må være opp til det enkelte helsepersonell og den enkelte helsetjeneste å vurdere hvordan og i hvilket omfang barnet best kan møtes av helsetjenesten. Enkelte steder følges disse barnegruppene allerede opp ved at barn får informasjon og for eksempel tilbud om deltakelse i grupper for barn som gis blant annet ved enkelte sykehus. Det nye ved forslaget innebærer etter departementets vurdering først og fremst en systematisk identifisering og tilpasset oppfølging av en utsatt barnegruppe og nedfelling av dette i gjeldende regelverk.

Forslaget om plikt for spesialisthelsetjenesten til å ha helsepersonell med ansvar for å følge opp de aktuelle barna, innebærer ikke en plikt til å etablere særskilte stillinger. Forslaget innebærer en tydelig plassering av ansvar for oppgaven og forutsettes løst av eksisterende (behandler) personell som finansieres innenfor gjeldende budsjettammer.

Ut over dette vurderes ikke forslagene å ha administrative konsekvenser.

10. Merknader til forslag til lovendringer.

Til § 23 a

Bestemmelsens *første ledd* gir helsepersonell en generell plikt til oppfølging av pasientenes mindreårige barn. Eksempler på hva dette innebærer gis i de følgende leddene.

For at denne plikten skal inntre må forelderen ha en psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller en alvorlig somatisk sykdom eller skade, og barnet må i tillegg ha et behov for informasjon og nødvendig oppfølging som følge av dette. Det at en person har en psykisk sykdom utløser således ingen plikt i seg selv for helsepersonell overfor umyndige barn.

Plikten avhenger også av om barnet har et behov for informasjon og nødvendig oppfølging som følge av foreldrenes sykdom. Med rusmiddelavhengighet menes pasienter som er til behandling i spesialisthelsetjenesten for sitt rusmisbruk. Med alvorlig somatisk sykdom eller skade menes for eksempel sykdommer som krever lengre sykehusopphold, sykdommer som innebærer en vesentlig svekkelse av foreldrens allmenntilstand, store skader etter alvorlige ulykker og lignende. Alvorlig psykisk utviklingshemming er inkludert i dette sykdomsbegrepet.

Alle barn av personer som har rett til helsehjelp omfattes av lovforslaget, herunder barn av asylsøkere.

Det er ikke ethvert helsepersonell som kommer i kontakt med pasienten som skal ivareta barnets interesser. Plikten og retten er pålagt det helsepersonellet som yter helsetjenester til pasienten i tilknytning til psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom. Den som kun behandler en psykiatrisk pasients brukne fot, som undersøker tannhelsen eller lignende har derfor ikke plikter eller rettigheter etter bestemmelsen.

På sykehus eller i andre deler av helsetjenesten hvor flere helsepersonell på samme tid er involvert i behandlingen av pasienten, bør ansvaret kanaliseres til en bestemt person. Forslaget om barneansvarlig helsepersonell i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 kan i en viss utstrekning ivareta dette. Ut over dette bør de aktuelle institusjoner vurdere å utarbeide retningslinjer for en praktisk oppgavefordeling.

Begrepet foreldre bør i denne sammenheng tolkes vidt slik at barn kan få hjelp selv om en person som fyller foreldrerollen ikke rettslig sett er å regne som forelder.

Se nærmere om bestemmelsens innhold i omtalen i høringsnotatets kapittel 8.

I *andre ledd* fremgår det at barneansvarlig helsepersonell som foreslått regulert i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a kan gis informasjon som er strengt nødvendig for å kunne ivareta behovene til pasientens barn, uten hensyn til annet helsepersonells taushetsplikt. Se forslag til ny helsepersonellov § 23 a bokstav d.

Med strengt nødvendig informasjon menes her opplysninger om at pasienten har barn, alder, andre omsorgspersoner, generell informasjon om pasientens tilstand og andre opplysninger som er nødvendige for å koordinere avdelingens ivaretagelse av barna. Det skal således ikke gis detaljert informasjon om pasientens behandling eller helsetilstand.

Tredje ledd gir helsepersonell plikt til aktivt å vurdere barnas behov, å drøfte forhold av betydning for barns trivsel, helse og utvikling med foreldrene eller andre som har omsorgen for barnet (familiemedlemmer, barnevern eller andre som er gitt ansvar for å ta seg av barnet). Helsepersonellet skal videre ved behov be om samtykke til å kunne gjennomføre videre oppfølging som synes nødvendig av hensyn til barnet. Samtykke skal innhentes fra person med rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold. En person med foreldreansvar vil ha slik rett og plikt, jf. barneloven § 30. Det samme gjelder barnevernet dersom det er fattet vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven. Det kan være aktuelt å drøfte mulige behov og tiltak samt motivere til og formidle kontakt med andre instanser.

Enkelte beslutninger om tiltak vil kreve samtykke fra begge foreldre, jf. barneloven §§ 30 og 37. Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barnet, skal samtykke innhentes fra barneverntjenesten. Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnet høres før samtykke gis.

Barnets beste vil først og fremst være at helsepersonellet utviser en aktivitet overfor foreldrene hvis foreldrene selv ikke er eller ser seg i stand til å ivareta barnas behov. Videre kan det være på sin plass å dele erfaringer med foreldrene i tilfeller hvor foreldrene søker råd om hvordan de bør forholde seg overfor barna eller åpenbart vil ha nytte av dette. Hva som er barnets beste må vurderes i den enkelte situasjon og terskelen for å ta forhold opp med foreldrene bør være lav.

Fjerde ledd pålegger helsepersonell en plikt til å informere barnet på visse vilkår. Samtykke fra pasienten bør forsøkes innhentet før informasjonen gis. Dersom samtykke ikke er mulig å innhente fordi pasienten ikke er samtykkekompetent, oppheves taushetsplikten overfor pasienten for så vidt informasjonen er strengt nødvendig og grunnleggende for barnet. Hvem som er samtykkekompetent fremgår av pasientrettighetsloven § 4-6.

Med strengt nødvendig og grunnleggende informasjon menes her informasjon som har direkte betydning for barnets tilværelse og planlegging av omsorgssituasjonen i nær fremtid, herunder hvor foreldrene er, hvor lenge de skal være der, at det ikke er noe som kan lastes barna og at de vil bli tatt godt vare på. Dette er informasjon som

foreldrene som et minimum normalt selv ville ha delt med sine barn. Detaljert informasjon om alvorlighetsgrad, behandlingsopplegg og behandlingsutsikter vil barnet ofte ikke ha behov for å vite og foreldrene bør kunne holde dette for seg selv.

Informasjonen bør gis i en form som er tilpasset barnets individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn, jf. pasientrettighetsloven § 3-5. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte. Helsepersonellet bør så langt som mulig sikre seg at barnet har forstått innholdet og betydningen av opplysningene. Det kan oppstå behov for tolk overfor fremmedspråklige barn dersom det ikke er naturlig at foreldrene eller andre nærstående kan bistå. Dette må vurderes konkret.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen for barnet, skal samtykke innhentes fra barneverntjenesten, jf. pasientrettighetsloven § 4-4. Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnet høres før samtykke gis.

I den grad det er mulig skal foreldrene være til stede når informasjonen gis.

Femte ledd gjelder situasjoner hvor pasienten er samtykkekompetent, men motsetter seg at barnet skal få informasjon fra helsepersonellet. I slike tilfeller skal barnet normalt ikke gis informasjon som foreldrene ikke ønsker formidlet.

Det gjøres likevel unntak dersom det er helsepersonellens vurdering at barnet kan bli skadelidende uten denne informasjonen og tungtveiende hensyn til pasienten ikke taler mot det. Departementet antar at vilkåret om at barnet vil kunne bli skadelidende er oppfylt dersom barnet for eksempel uttrykker sterk uro og bekymring for forelderen og dette etter helsepersonellens vurdering kan forverre barnets psykiske eller fysiske helse.

Informasjonen skal imidlertid ikke gis dersom tungtveiende hensyn til pasienten taler mot at informasjon gis. Departementet antar at dette blant annet kan være tilfelle hvis det er en risiko for at pasientens helsetilstand forverres betydelig eller hvis pasienten har en berettiget frykt for at informasjonen skal misbrukes.

Femte ledd krever en interesseavveining mellom barnets og forelderens interesser. Ved tvil om hvilket hensyn som veier tyngst, bør hensynet til barnets beste være det avgjørende. Jo mer barnet blir skadelidende, jo mer må det kreves for at tungtveiende hensyn skal foreligge på forelderens side.

Sjette ledd gir den andre forelderen eller andre som har omsorgen for barnet (familiemedlemmer, barnevern eller andre som er gitt ansvar for å ta seg av barnet) mulighet til å få informasjon som er strengt nødvendig for å sikre barnet samvær med pasienten. Dette vil typisk være informasjon om hvor den syke forelderen kan besøkes, når og hvilke forholdsregler barnet og den andre forelderen eventuelt bør ta. Informasjonen skal gis på anmodning fra den som har omsorgen.

Samtykke fra pasienten bør forsøkes innhentet før informasjonen gis, jf. forslaget til ny § 23 a tredje ledd. Dersom samtykke nektes, eller det er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg det, skal informasjon ikke gis til den andre forelderen eller andre som har omsorgen for barnet.

Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent skal informasjonen gis på nærmere vilkår uten hensyn til taushetsplikten. Dette alternativet vil være aktuelt i situasjoner hvor pasienten er bevisstløs eller av andre årsaker ikke kan gi svar på helsepersonellens anmodning om samtykke. Informasjon skal ikke gis dersom samværet kan sikres på annen måte enn ved å gi den andre forelderen eller en annen omsorgsperson informasjon om møtesteder og tidspunkt. Informasjonen skal gis på anmodning.

Til spesialisthelsetjenestelov § 3-7 a:

Bestemmelsen pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten i nødvendig utstrekning å ha helsepersonell med ansvar for å følge opp mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Dette omfatter helseforetak, private sykehus og rusinstitusjoner. Privatpraktiserende spesialsiter omfattes ikke.

Det vil i utgangspunktet være opp til den enkelte spesialisthelsetjeneste å vurdere arbeidets omfang ut fra lokale forhold, men departementet gis en forskriftshjemmel i andre ledd.

Formålet med ordningen er å sikre at barnas behov blir ivaretatt, at pasienter får tilbud om hjelp til å mestre foreldrerollen og gi grunnlag for bedre koordinerte tjenester mellom spesialisthelsetjenesten og tjenester i kommunene. Det kreves ikke opprettet en egen stilling for å ivareta funksjonen.

11. Forslag til endringer i lov og forskrift

Forslag til ny helsepersonellov § 23 a:

§ 23 a Helsepersonells oppfølging av pasientenes barn

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

Helsepersonell som nevnt i første ledd skal, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, gi utpekt barneansvarlig helsepersonell som nevnt i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a informasjon som er strengt nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn.

Når barnets beste tilsier det, skal helsepersonellet for å oppfylle plikten etter første ledd informere pasienten og andre som har omsorg for barnet om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov. Helsepersonellet skal også be pasienten, en annen forelder eller andre som har rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold om samtykke til å gjennomføre tiltak som kan bidra til å ivareta barnets oppfølgingsbehov.

Når barnets beste tilsier det og pasienten mangler samtykkekompetanse etter pasientrettighetsloven § 4-6 skal helsepersonellet for å oppfylle plikten etter første ledd, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, gi barna strengt nødvendig og grunnleggende informasjon om foreldrenes sykdomstilstand og behandling i en form som er tilpasset barnets individuelle forutsetninger.

Når barnets beste tilsier det, men samtykkekompetent pasient motsetter seg det, skal informasjon som nevnt i fjerde ledd kun gis dersom barnet blir skadelidende uten denne informasjonen og tungtveiende hensyn til pasienten ikke taler mot det.

For å oppfylle plikten etter første ledd skal helsepersonellet, uten hinder av lovbestemt taushetsplikt, etter anmodning fra den andre foreldereren eller andre som har omsorg for barnet gi informasjon som er strengt nødvendig for å muliggjøre samvær med pasienten dersom

- a) pasienten mangler samtykkekompetanse*
- b) det ikke er grunn til å tro at pasienten vil motsette seg det, og*
- c) barnets beste tilsier det.*

Forslag til ny spesialisthelsetjenestelov § 3-7 a:

§ 3-7-a Om barneansvarlig helsepersonell m.v.

Helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten skal i nødvendig utstrekning ha helsepersonell med ansvar for å følge opp mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter

Departementet kan i forskrift gi nærmere bestemmelser om barneansvarlig helsepersonell i forskrift.

Forslag til ny forskrift om pasientjournal § 8 første ledd, bokstav t):

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

[...]

t) Opplysning om pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom har mindreårige barn.

Forslag til ny forskrift om pasientjournal § 8 første ledd, bokstav u):

Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevante og nødvendige:

[...]

u) Opplysninger om foreldrene som har konsekvenser for barnets behandlingssituasjon, herunder nødvendige opplysninger om foreldrenes helsetilstand.

Vedlegg

Rundskriv 5/2006 "Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre"

"Sosial- og helsedirektoratet er kjent med at det foreligger mangler i forhold til oppfølging av barn og unge av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet.

Det vises bl.a. til ferske kunnskapsoppsummeringer fra fagfeltet¹, hvor det fremkommer at tilbudet til disse barna er tilfeldig og uforutsigbart, og at det ikke finnes felles retningslinjer for verken å kartlegge målgruppen, avdekke behov eller tilby adekvate tiltak.

Alle ledd i sosial- og helsetjenesten – både det kommunale tjenestetilbudet og spesialisthelsetjenesten – står således overfor en utfordring når det gjelder å bedre situasjonen for barn av psykisk syke og/eller rusavhengige.

Direktoratet vil presisere at foreldres psykiske sykdom og/eller rusavhengighet ikke er ensbetydende med at deres barn ikke får nødvendig omsorg og oppfølging, men dette kan utgjøre grunnlaget for å stille spørsmål ved barnas situasjon og behov for oppfølging. Foreldre i en vanskelig situasjon kan trenge bistand til å bedre ivareta barnas behov. Dersom det oppstår motstridende interesser mellom barn og foreldre er det viktig at barneperspektivet ivaretas.

På denne bakgrunn anbefaler direktoratet at aktuelle tjenester etablerer rutiner/prosedyrer 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.

Arbeidet med å sikre at barn får nødvendig oppfølging vil i mange tilfeller forutsette samhandling med og ansvarliggjøring av andre instanser. Kommunikasjon med andre instanser må som hovedregel skje på bakgrunn av tjenestemottagerens tillatelse. I noen tilfeller kan det imidlertid foreligge en opplysningsplikt/-rett².

Som ledd i arbeidet med å styrke oppfølgingen av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre har direktoratet utarbeidet en "sjekkliste". Denne er kun ment som et hjelpemiddel for tjenestene i arbeidet med å etablere nødvendige rutiner/prosedyrer, og kan ikke anses uttømmende.

Direktoratet anbefaler at følgende spørsmål vurderes ved kontakt med tjenestemottagere med psykiske lidelser og/eller rusavhengighet:

Spørsmål knyttet til barnas omsorgsbehov

- Har tjenestemottageren barn eller omsorg for barn?
- Fremgår dette av tjenestemottagerens saksdokumenter (journal m.v.)?
- Hva er barnets/barnas alder?

- På hvilken måte ivaretas omsorgen for barnet/barna?
 - ved forelderens kontakt med kommunalt tjenesteapparat/poliklinikk?
 - ved forelderens innleggelse i spesialisthelsetjenesten?
- Finnes det rutiner for å kartlegge barnas situasjon ved forelderens innleggelse i døgninstitusjon sammen med barnet?
- Dekkes barnets behov for omsorg av familien/øvrige nettverk, eller har barnet et udekket omsorgsbehov?
- Hvis det foreligger et udekket omsorgsbehov, samtykker tjenestemottager til at det opprettes kontakt med barnevernet?
- Er det grunnlag for å opprette kontakt med barnevernet (sende bekymringsmelding) uten tjenestemottagerens samtykke?

Spørsmål knyttet til barnas behov for informasjon og tjenestetilbud

- Hvordan ivaretas barnas behov for informasjon om forelderens situasjon / tilstand?
- Foreligger det rutiner for å
 - dekke barns hjelpebehov?
 - sikre at aktuell instans blir informert ved behov for vurdering/oppfølging?
- Er det avtalt videre oppfølging av barna ved aktuelle instanser (eks. fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, PPT, BUP)?
- Hvis behov for oppfølging fra andre instanser, samtykker tjenestemottageren til at det opprettes kontakt med disse?
- Foreligger det rutiner for situasjoner der tjenestemottageren ikke samtykker?

Det kan opplyses om at Sosial- og helsedirektoratet i samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet i løpet av 2006 vil utgi en veileder med utfyllende anbefalinger til tjenesteapparatet for å ivareta barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre.

Med hilsen
Mari Trommald e.f.
prosjektdirektør

Finn Aasheim
Prosjektleder

¹ "Tiltak for barn med psykisk syke foreldre", Regionsenter for Barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør 2005 og "Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer", SIRUS rapport 5/2005

² Se bl.a. Sosial- og helsedirektoratets rundskriv IS-8/2004 vedrørende helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjenesten og barnevernstjenesten og Barne- og likestillingsdepartementets publikasjon Q-1094B vedr. opplysningsplikt til barnevernet".