

Høringsuttalelse til forslag om endring av helsepersonell-lova og spesialisthelsetjenestelova.

Innledning

Målsettingene i høringsnotatet er at barna til pasientene skal 1.) oppdages, 2.) ivaretaes, og at dette skal gjøres på en 3.) systematisk måte i de ulike behandlingseenheter for foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet og alvorlig somatisk sykdom eller skade. Det å likestille barna til foreldre med disse tre ”tilstandene”, er et godt skritt på veien til å avmystifisere og bryte tabu og skyld og skam, knytta til kanskje særlig rusmiddelavhengighet.

Etter gjeldende rett har helsetjenesten hatt full anledning til å følge opp barna til sine pasienter. Rundskriv 5/2006 ”Oppfølging av barn...” var en god faglig føring i dette arbeidet. Men praksis viser vel at dette har blitt utført i altfor liten grad, og at voksenfokus fortsatt er sterkt rådende. Det er nok mange myter om hvor stor barnefaglig kompetanse som skal til for å gjøre denne jobben, og at en kan gjøre vondt verre hvis en ikke har spesialkompetanse.

Det som forholdsvis enkelt kan gjøres med eksisterende kompetanse i helsetjenesten for de voksne, er å snakke med foreldrene om barna deres, og gjøre en kartlegging av barnas situasjon slik foreldrene oppfatter den. Dette kan også regnes som et indirekte tiltak for barna, det å fokusere på foreldrerollen. (Jamf. erfaringene fra Birus-prosjektet 2006-2007, der dette ble bare positivt mottatt fra pasientene)

Kommentarer til høringsnotatet:

Høringsdokumentet er et grundig og godt gjennomarbeidet dokument, som drøfter ulike sider ved det å gi spesialisthelsetjenesten et utvidet ansvar, til også å gjelde barna til sine voksne pasienter.

Vi mener disse lovendringene er viktige skritt i riktig retning, på veien fra et individretta perspektiv på behandlingen, til familie- og pårørendeperspektiv, med barna spesielt i fokus.

Kap. 6.6 og Kap. 8.4.2 gir en meget grundig og god drøfting av situasjoner en kan komme opp i, dersom foreldrene ikke samtykker til at barnet skal gies informasjon eller oppfølging. Erfaringene fra bl. a. barnevernet tilsier at foreldre som selv har det vanskelig, gjerne ser at barna deres får hjelp, og at samtykke er lett å få til i de aller fleste tilfeller. Men en må tørre å fokusere på dette tema, og en må tørre å spørre om samtykke. Dette kan være uvandt for mange voksenbehandlere, og kan lett bli oppfattet som unødvendig meransvar. Skrekken for å få nei til samtykke, og myten om at taushetsplikten er til hinder for samarbeid, har nok vært med å bidra til at mange barn ikke har fått den hjelp og oppmerksomhet de har behov for fra helsetjenesten, som ofte er det sentrale kontaktpunkt for hele familiens helse og velferd.

Derfor er det veldig gledelig at drøftingene i høringsnotatet konkluderer med at informasjon kan gies til barn, og at oppfølging kan gjøres, selv om foreldrene i visse tilfeller ikke skulle samtykke. Her må det utøves faglig skjønn med barnets beste i fokus.

Kap. 8.2. Plikt til å bidra til å ivareta barna.

Her er det mange gode formuleringer som viser at dette ikke trenger å være så vanskelig eller uoverkommelig, men at det handler mest om å få et litt bredere perspektiv på arbeidet sitt. Avsnittet midt på s. 27: ”Det å ha tenkt igjennom ulike problemstillinger og ha en planlagt virksomhet for...” syns vi understreker dette poenget. Helsetjenesten skal bidra til løsning, ikke stå for hele løsningen alene.

I Kap 8.4.2 ber høringsnotatet om synspunkt knytta til barnas informasjonsbehov. Vi syns at høringsnotatet svarer godt på disse spørsmålene s. 33, der det er definert hva som menes med nødvendig informasjon:

Hvor er mor/far. Hvor lenge skal de være der. Hva er et rusproblem/psykisk problem/alvorlig sykdom. Dette er ikke smittsom, og det er ikke barnets skyld at mor/far har disse problemene. Det er flere foreldre som har det slik. Barnet må leve sitt liv med venner og skole, så er det andre voksne som tar vare på mor/far.

Og ikke minst: La barnet få spørre om ting han/hun lurer på! (Jamf. erfaringer fra Legens time i BAPP-programmet).

Dette er nok tema til et informasjonsmøte med barn.

Det som vil være en av utfordringene her, er å tilpasse informasjonen til barnets alder og modenhet. Jamf.Pasientrettighetsloven § 3-5. *Informasjonens form*

”Informasjonen skal være tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring og kultur- og språkbakgrunn. Informasjonen skal gis på en hensynsfull måte.

Helsepersonellet skal så langt som mulig sikre seg at pasienten har forstått innholdet og betydningen av opplysningene.

Opplysning om den informasjon som er gitt, skal nedtegnes i pasientens journal.”

Her må det brukes faglig skjønn i hvert enkelt tilfelle. Og her vil vi spesielt peke på ”systemets” tendenser til å undervurdere barns alder og modenhet. Og faren for at en ikke informerer små barn for ”å skåne” dem! Selv små barn i førskolealder, kan godt merke virkningene av mor eller fars problem: eks. er trøtt, må sove, er borte, er ikke på jobben, osv. Disse vil også ha et informasjonsbehov. Barna ser og opplever mye mer enn det både foreldrene og helsepersonell tror, og som det står i høringsnotatet: Taushetsplikten gjelder ikke det barnet allerede vet!

Her vil vi spesielt peke på endringene i Barneloven §31 som ble gjort i 2004: ”Når barnet er fylt 7 år, skal det få seie si mening før det vert teke avgjerd...” Denne endringen ble vel gjort utfra et endret og mer moderne syn på bl.a barns evner til å oppfatte ting rundt seg, og barns behov for å ha oversikt over hva som skjer i livet sitt.

Barns alder er ikke konkret berørt i høringsnotatet. En kan dermed frykte at spesialisthelsetjenesten fortsatt vil bruke "12-års-regelen", som lenge har vært gjeldende praksis for barns medvirkning i avgjørelser (Barnelova §31), som sin rettesnor for hvilke aldersgrupper av barn en må forholde seg til.

Vårt poeng er at barn langt nedover i alder, kan ha samme informasjons- og oppfølgingsbehov som større barn. Dette er kanskje for komplisert å ta med i lovteksten, men kunne kanskje nevnes konkret i merknadene? Her vil skjønnsutøvelsen på hva som er "barnets beste" for en 6-åring være veldig forskjellig, og kan som sagt bli brukt (bevisst eller ubevisst) til å omgå intensjonene i lovendringen.

Her har vi dessuten et forebyggingspotensiale som ikke må undervurderes. (Eksempel: Mor psykisk syk i mange år. Uttalelse fra datter 14 år som måtte akutt plasseres utenfor hjemmet pga atferdsvansker: Jeg har aldri visst hva et psykisk problem var, nå vet jeg det, og det er greiere.)

Høringsnotatets **Kap 8.2.2 ber om forslag til hva helsepersonell kan bidra med for å ivareta barna.**

Her er vi av den oppfatning at dersom intensjonene om å snakke med foreldrene om barna deres, og deretter informere barna om de grunnleggende ting i tilknytning til sykdommen/innleggelsen/behandlingen, blir gjennomført, er store ting gjort for barna. Dette er ikke noen liten oppgave å gjennomføre på en systematisk måte i helsetjenesten. Men det vil gi helsetjenesten et innsyn i familiens og barnas liv, som kommer til å endre behandlingsapparatets syn på hva som er deres ansvar. Et enkelt spørsmål (som eks: Hva skjer med barna dine når/hvis du blir innlagt igjen?) kan være nok til å få i gang prosesser hos pasienten selv, og gi kunnskap til vedkommende helsearbeider som kanskje utløser meldeplikten til barnevernet eller henvisning til andre hjelpeinstanser. Hvis eks. et slikt spørsmålet blir systematisk gjennomført for alle foreldre, og svarene journalført slik forskriften legger opp til, kan en si at en har en viktig del av en systematisk kriseplan for barna på plass, i et samarbeid mellom foreldrene, helsetjenesten og evt. kommunale tjenester. Verre er det ikke, men det må gjøres, og det må inn i de elektroniske pasientbehandlings-systemene.

Konklusjon:

Vi støtter forslaget til lovendringer fullt ut. Samtidig ber vi departementet vurdere om barnets alder er tilstrekkelig ivaretatt.

Vennlig hilsen

Ingjerd Woldstad
Spesialkonsulent

Steinar Volden
Leder
MNK-Rus