

## **Helse- og omsorgsdepartementets:**

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

#### **Høringsuttalelse fra Rogaland A-senter**

##### **Sammenfatning**

- Rogaland A-senter mener det er viktig med en lovregulering for å sikre at barn som lever i familier med rusmiddelmissbruk blir oppdaget og fulgt opp med tilpasset informasjon og nødvendige hjelpetiltak.
- Rogaland A-senter foreslår at det koordinerende ansvar for tiltak i kommunen bør kunne legges til helsestasjonen i tillegg til fastlege.
- Rogaland A-senter støtter de forslag til lovendringer som fremmes omkring informasjon til barn.
- Rogaland A-senter foreslår at barn gis pasientrettigheter m t p behovet for vurdering av risiko for seinskader, for behandling ved sameksisterende diagnostiserte lidelser og ved behov for forebyggende samtaler, innen den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten for rusbehandling.
- Rogaland A-senter foreslår at disse barn søkes inn til behandlingen i tverrfaglig spesialisert rusbehandling, gjennom samme system som andre pasienter
- Rogaland A-senter foreslår at det gjennom opptrappingsplanen for rus gis midler til kompetanseheving i forhold til barne- og familieperspektivet i behandling, at det utarbeides retningslinjer, etableres refusjonssystemer som sikrer at kvalitetsmessig forsvarlige vurderinger og samtaler med barn i fokus finner sted, og at det gis økonomi og ressurser til å ivareta barneperspektivet.
- Forslaget om å opprette og formalisere ordningen med barneansvarlige støttes, men Rogaland A-senter ser det som viktig med en presisering av rollen til den barneansvarlige, slik at denne blir en integrert del av det helhetlige behandlingstilbudet til familier.
- Rogaland A-senter foreslår at privatpraktiserende spesialister også omfattes av lovforslaget slik at det ikke oppstår forskjeller i informasjonspraksis avhengig av hvem som har gitt behandlingen

I tillegg har søkt å besvare de spørsmål departementet har hatt særskilt interesse for. Det henvises til teksten da det ikke er helt enkelt å presentere dette i en sammenfatning.

## **Innledning**

Det vises til tilsendte høringsnotat fra Helse- og omsorgsdepartementet, datert 22. april 2008.

Rogaland A-senter vil støtte foreliggende forslag til endringer i helsepersonelloven m. v. Forslaget ser så langt en kan vurdere det, ut til å sikre barns rett til informasjon på en god måte, støtte helsepersonells mulighet til behandling og hjelp til disse barn, og vil komplettere den presisering av ansvar for identifisering og oppfølging av barn som ble innledet med rundskriv IS 5 - 2006

I forhold til det som i høringsnotatet foreslås av ansvar for nødvendige tiltak for oppfølging og hjelp til disse barn, samt roller styring og organisering av hjelp til disse barn, har Rogaland A – senter synspunkter som vil bli presentert nedenfor.

En vil også så langt en kan, søke å besvare de konkrete spørsmål departementet har særskilt interesse for på sidene 34 og 36 i høringsnotatet

I denne høringsuttalelse vil en på grunn av Rogaland A-senters oppdrag, behandlingstilnærming og kompetanse fremst ta utgangspunkt i situasjonen til barn av rusmisbrukende foreldre, og langt lavere grad uttale seg om situasjonen til barn av alvorlig somatisk syke, eller om alvorlig syke psykiatriske pasienters barn.

En vil videre fremst fokusere på informasjon og hjelp innen helse, og særskilt innen spesialisthelstjenesten

### **Informasjon er ikke nok**

I høringsnotatet gis en god beskrivelse av den ønskede informasjonsprosessen mellom foreldre og barn, og at det primære utgangspunkt er at foreldrene informerer selv om aktuell sykdom, og at informasjon fra helsepersonell der dette ikke er mulig, kan være nødvendig.

Rogaland A-senter ser en slik endring i lovverket som et stort fremskritt, og ser i tillegg foreliggende forslag om opplysningsplikt for helsepersonell vis a vis barn som en god mulighet for å virkeliggjøre intensjonen om barns medvirkning i viktige beslutninger som gjelder barnets forhold.

For noen sykdomsbilder som rus eller psykisk sjukdom hos foreldrene er forslag til endring av loven alene, etter vår mening for snevert.

For barn med foreldre med disse problemer er informasjon nødvendig, men ikke tilstrekkelig for å sikre en forsvarlig ivaretagelse av barna. For disse barn er det god dokumentasjon for at konsekvensene av den av sykdommen svekkede foreldrekompetansen, ubehandlet kan lede til utvikling av seinskader.

Behovet for helsehjelp vil for disse barna følgelig gå langt ut over å få en faktisk informasjon om hvordan forelderen har, eller har hatt det.

Rogaland A-senter er altså svært enig i tydeligheten i barnas behov for informasjon, i foreliggende lovutkast, men ser det som like nødvendig at barna sikres muligheten for å bearbeide informasjonen og at det gis behandling og oppfølging av barna når barnas situasjon tilsier dette.

Barna trenger å møte fagfolk som har kompetanse til å snakke med dem om hva de engster seg for, hendelser som har forvirret dem og andre typer spørsmål som trenger sin oppklaring og bearbeidelse.

Det er viktig, slik det også presiseres i høringsnotatet, at barna får en forståelse av at det ikke er deres skyld eller ansvar at de voksne har problemer. Mange av barna har påtatt seg foreldreoppgaver som belaster dem i stor grad og som de som barn skal hjelpes til å ikke påta seg.

Barn må gis mulighet til å forstå at det kun er andre voksne som kan hjelpe foreldrene deres og ansvaret for barnets omsorgssituasjon må noen ganger føres tilbake til den foresatte. Alt dette kan kreve lang og omfattende prosess, og støtte fra kvalifisert personell.

En stiller seg tvilende at misforholdet mellom barnas behov og det nå eksisterende hjelpeapparats dimensjonering og kompetanse kan løses uten tilskott av økonomisk art.

### **Retten til vurdering av hjelpebehov**

Rogaland A-senter foreslår at alle barn til rusmisbrukende foreldre, skal ha rett til en vurdering av behovet for hjelp med to formål:

A. : Med tanke på å få klarlagt om barnet hører til den gruppe som har individuelle lidelser som kan diagnostiseres og gir rett til behandling innen spesialisthelsetjenesten.

B. : Med tanke på om barnet hører til den gruppe som har behov for forebyggende innsatser for å forebygge seinvirkninger av eksponeringen for foresattes rusmisbruk, for barnet individuelt, eller sammen med foreldre / familie.

Kravene til en slik vurdering må med nødvendighet omfatte kjennskap til faktorer unike for rusrelatert samspillspåvirkning på barn, samt kompetanse til å vekte inn innflytelse på barnet fra andre sameksisterende risikofaktorer.

Det henvises til tidligere oversendt rapport til Helsedirektoratet med vurdering av metoder for risikovurdering og behandlingsplanlegging fra Borgestadklinikken og Rogaland A-senter i denne sammenheng.

Vurderingen av barn av rusmisbrukende foreldre bør utføres der denne kompetansen lettest utvikles, i den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten for rusproblemer. Rogaland A-senter foreslår at den tverrfaglige spesialisthelsetjenesten for behandling av rusproblemer pålegges et slikt oppdrag.

## **Rett til Helsehjelp**

Nåværende veileder for rett til helsehjelp innen tverrfaglig spesialisert rusbehandling, definerer ikke en slik rett for barn i gruppe B ovenfor, altså for barn med eget behov for forebyggende hjelp. Dette til tross for at dette er tilstander forårsaket av rusing i oppvekstsituasjonen, og med sterkt forhøyet sannsynlighet for senere utvikling av eget rusproblem.

En antar at barn med individuelt diagnostiserbare behov (Gruppe A ovenfor), skal behandles i barne- og ungdomspsykiatrien. Rogaland A-senter foreslår at det gis mulighet for at disse barn i tillegg, også kan få individuell rett til å få hjelp innenfor det tverrfaglige spesialisthelsetjenestetilbudet for rusavhengige, dersom det foreligger rusrelaterte problemer og tilstanden tilsier at dette er mest nyttig,.

For gruppe A: Rogaland A-senter foreslår at barn som i følge vurderingen i avsn ovenfor har utviklet diagnostiserbare skader, gis pasientrettigheter og omfattes av behandlingsgaranti til pasienter under 23 års alder.

For gruppe B: At det etter slik vurdering som nevnes i punktet ovenfor, blir gitt rett til helsehjelp innen spesialisthelsetjenesten for rusbehandling, for barn med oppvekst i en familiesituasjon preget av rusmisbruk, og med behov for forebyggende hjelp; skadereduserende tiltak, familiebehandling og individualsamtaler, der hvor det ikke pasientens tilstand er slik at er naturlig at slik hjelp gis av 1. linjetjenesten.

Det foreslås videre at vurdering av retten til helsehjelp for disse barn administreres av vurderingsenhetene for tverrfaglig spesialisert rusbehandling, på lik linje med andre søknader og at samme instanser gis rett til å søke inn disse pasienter: Dvs fastleger, sosialkontoret, barnevernet, og øvrig spesialisthelsetjeneste.

## **Finansiering av helsehjelpen**

Det spesialiserte tverrfaglige hjelpetilbud for rusmisbrukere har kommet svært ulikt langt m h t bevissthet og utvikling av hjelpetilbud for barn av rusmisbrukende foreldre. En er som nevnt ovenfor bekymret for at utviklingen på dette område vil bli altfor langsom, uten finansielle tiltak for å stimulere en slik utvikling.

Etter Rogaland A-senters mening er det behov for refusjonsmidler som gjør de regionale helseforetakene og de instanser som arbeider på oppdrag av dem, i stand til å prioritere klinisk arbeid med disse barn og deres familier.

I en rundspørring utført på oppdrag fra CHAPPAS- prosjektet hvor Norge samarbeider med EU om kartlegging av den hjelp som gis til barn av alkoholmisbrukende foreldre, fremkom at *ingen regionale helseforetak kunne vise til stimuleringsiltak i form av økonomiske insentiver* utover vanlig refusjon, for behandling for barn av alkoholmisbrukere, individuelt eller i familiebehandling. Så langt vi kjenner til er det heller ikke slike midler for arbeid med barn i familier med narkotikamisbruk hos foreldrene.

Eksisterende refusjonsordning for familiesamtaler og samarbeid rundt disse familier, medfører nå en ekstra kostnad for de behandlingstilbud som ønsker å vurdere og å behandle disse barn.

For institusjoner som bare har oppdrag å utøve behandling, vil et slikt tilskott bety svært mye for å styre virksomheten i retning av en barne- og familierettet praksis, og en vil anta at dette vil forbedre samarbeidsrelasjoner og villighet til samarbeid om disse barn.

Familieavdelinger hvor samspillsproblemer for gravide med små barn kan behandles intramuralt i spesialisthelsetjenesten, er heller ikke på plass i alle sykehusregioner, støtte til opprettelse av slike avdelinger vil vesentlig bedre muligheten til å kunne gi hjelp lokalt for denne sensitive gruppe. Faglig sett vil disse innebære en stor ressurs og kraftsentrum for spredning av den barne- og familierelaterte forståelsesmodellen for hele sykehusregionen.

### **Barneansvarlige: Organiseringen av samarbeid, hjelp til, og informasjon til disse barn**

I forslaget anbefales at ordningen med barneansvarlige formaliseres. En ser dette som et prisverdig forslag. Rolleutforming av oppgaven som barneansvarlig er imidlertid fortsatt under utvikling, slikt det er uklart hva den innebærer. I denne sammenheng vil Rogaland A-senter vil bemerke følgende:

Innen spesialisthelsetjenesten for voksne sameksisterer mange behandlingsformer med ulikt fokus:

Bio-medisinsk orienterte modeller, individualpsykologisk orienterte modeller, barne- og familieorienterte modeller, og modeller for hjelp baserte på sosial rehabilitering og trening.

Det er viktig at alle disse modeller utøves, men at alle også utøves med tanke på barnets behov og beste. Dette er vanskelig men nødvendig.

Rogaland A-senter vil foreslå at det i lovendringsforslaget kommer klart frem at ikke ansvaret for barns behov legges til **en** ansvarlig person på en avdeling, men at alle i behandlingsskjeden må være bevisste på barne- og familieperspektivet.

Utforming av rollen som barneansvarlig varierer i praksis sterkt på dette tidspunkt, ut fra hvor langt institusjonen har klart å integrere barne- og familieperspektivet i institusjonens virksomhet.

Rolleutforming har etter Rogaland A-senters erfaring variert på en skala hvor den hovedsaklige virksomheten på det enkleste nivå, helt enkelt har omfattet å få registrert barna.

På laveste nivå, har barneansvarlige i tillegg henvist de identifiserte barna til en fagperson som kan samtale med dem.

På neste nivå, har barneansvarlig i tillegg kunnet informere barna og gi en type emosjonell førstehjelp, eller hjelp rettet mot aktuell situasjon.

På det mest utviklede nivå, har den barneansvarlige kunnet gå inn som samarbeidspartner i et tverrfaglig integrert behandlingssamarbeide omfattende tilpassninger i foreldrenes behandling ut fra barnas behov, deltakelse i et samarbeid med eksterne instanser, deltakelse i familiesamtaler sammen med familieterapeut osv.

Det foreslås derfor at det i samband med forslaget om lovendring klargjøres at rollen som barneansvarlig er en faglig pådriverrolle og kvalitetssikrer, og ikke erstatter kravet om integrert planlegging av hjelp, ut fra på hjelpens konsekvenser for barna, utvikling av faglige hjelpetiltak osv., for barna.

Det foreslås videre det understrekes, at tilstedeværelsen av en barneansvarlig, ikke forminsker ansvaret til å se og ivareta barnas behov for helsepersonell i andre roller i behandlingsarbeidet.

Rogaland A-senter foreslår i denne sammenheng at det overordnede informasjonsansvaret vis a vis barna derfor fortsatt bør høre hjemme hos behandlingsansvarlig.

Videre, at det klargjøres at rollen som barneansvarlig kan utøves av kvalifisert helsepersonell fra alle profesjoner.

Utviklingen har kommet svært ulikt langt på dette område, og Rogaland A-senter støtter departementets forslag om at tilsyn av de presumptive lovpålagte oppgavene utøves av Helsetilsynet, og omfattes av kravet til internkontroll i virksomheten.

## **Ad spørsmålene på side 34 i høringsnotatet**

### ***1 Konkret informasjonsbehov for barn***

Elementet av relativ frivillighet ved tilbakefall i rus, hyppige tilakefall, og svikten i foreldrefunksjonene ved rusmisbruk som går ut over barna, gjør at disse samtaler ikke helt kan føres over samme mal som ved vanlige sykdommer, hvor pasienten selv er uten kontroll over symptomene / sykdommen.

Erfaringsvis har barna i saker kjennetegnet av at informasjon ikke er blitt gitt, i tillegg vært utsatt for at informasjon også er blitt tabuisert, fordreid eller at barnets informasjonsbehov om den rusmisbrukende forelderen har blitt avskrevet av den andre forelderen. Det er derfor særskilt viktig at informasjon gis til barnet samtidig med at det gis hjelp og mulighet for bearbeiding av denne situasjon, individuelt og der det er samarbeide om dette, til hele eller deler av familien.

Følelse av ikke å ha betydning for forelderen, skuffelse over at forelderen prioriterte rusmidlet, er ofte fremtredende, sammen med uforståelige hendelser enten iscenesatt av den rusmisbrukende forelderen, eller i forhold til familiens dysfunksjonelle samspill. Informasjon som setter slike foreteelser i en forståelig ramme, vil være nyttige for barnet. Slike forklaringer rokker ofte ved ganske dype element i selvforståelsen og forståelsen av de foresatte, hos barnet.

Barnet har behov for å kunne se positive sider av den rusmisbrukende forelderen i tillegg til de problematiske og negative sidene. Dette er viktig for alle barn, men er

særskilt viktig for barn under pubertetsalder og de som har hatt vansker med separasjons- og individuasjonsutviklingen.

Informasjonen må derfor være etterrettelig og helsepersonell må samtidig ha en målsetning å støtte barnet og familien på kort og lang sikt.

Det er følgelig et stort informasjonsbehov vedrørende for barnet uforståelige eller traumatiserende hendelser, men det er vanskelig å angi noen konkrete temaer, siden disse hendelser er spesielle i hver enkelt sak.

Der det har vært lite kontakt over lang tid, vil de punktmerkede emnene under neste avsnitt foreslås som informasjonstema innledningsvis, i kontakten med barnet.

I sammensatte eller ekstra kompliserte saker er kjennskap til rusrelatert samspill i familier nødvendig, og kunnskap om barns utvikling, og kunnskap om samtaler med barn, en forutsetning.

Rammen for informasjonen

Informasjon må gis med en grunnleggende forståelse av at medlemmer av disse familier svært ofte er utslitte i forhold til dette tema og demoraliserte m t p behandlingsfremgang.

Informasjonen som gis må være sensitiv for at hele familien ofte er stigmatisert, eventuelt uten omfattende støttende nettverk, og som oftest preget av at problemene har vært langvarige og slitsomme.

Informasjon til barnet må så vidt mulig også gis på et tidspkt som er egnet for andre i familien, det er kjent at foresatte uten egne rusproblemer blir sterkt preget av kaotiske rusperioder.

## ***2. Hvilken konkret informasjon vil helsepersonell eventuelt kunne gi til barn uten foreldrenes samtykke?***

(Dette spørsmål søkes her besvart ut fra klinisk erfaring av barnas behov, ikke ut fra juridisk kompetanse)

- Hvis rusmisbruket ikke har vært kjent tidligere, benektet eller skjult: Hva som misbrukes. I tillegg: varighet av rusmisbruket og avholdende perioder, der dette kan gi en nødvendig forklaring av for eks. skremmende eller neglisjerende forelderatferd vis a vis barnet. Hva som faktisk skal formidles, må alltid tilpasses barnets utviklingsnivå og evne til å forstå konsekvensen av rusmisbruk .
- Er rusmisbrukeren på en trygg plass?; Institusjon, leilighet. Osv.
- Informasjon om somatisk helsetilstand til rusmisbrukeren, - uro for helsetilstanden til forelderen er et gjennomgående tema for de fleste barn. Den rusmisbrukerens forelderens mulighet for å få helsehjelp.

- Tar rusmisbrukeren imot hjelp for rusavhengigheten? Et det er blitt gitt tilbud om hjelp? At det kan søkes på ny.
- Foreliggende plan for behandlingen, Tenkt varighet av behandlingen, at det er mulighet for at behandlingen ikke fullføres.

At barnet får uttale seg om egne behov og evt. konsekvenser for barnet selv, av foreliggende behandlingsplan for forelderene, er selvsagt. Samtalen må videre omfatte sikkerheten for barnet ved et eventuelt behandlingsavbrudd, hvis en har grunn til å tro at dette er, eller har vært problematisk tidligere.

Et forslag om å opprette en plan for barnet og familiens situasjon og behov under behandlingen, er ofte en god invitasjon til videre samtaler. Slike samtaler gir også mulighet for en oppfølgende og utviklende dialog som har store muligheter for å forberede og støtte barnet.

### ***3 Evt negative konsekvenser***

#### **Negative konsekvenser utenfor helsepersonells kontroll:**

Der det er alvorlig og personliggjort konflikt mellom foreldrene kan informasjon bidra til svartmaling mellom partene. Informasjonen kan bli brukt i et spill om omsorgen for barna

#### **Av samtalen**

Hvis ikke forelderens mulige positive intensjoner for barnet ivaretas av informatøren, er dette en påkjenning for barnets selvbilde, og kan få negative følger for opplevd personlig identitet, og familietilhørighet hos barnet.

Hvis barnet settes i forverret lojalitetskonflikt mellom foreldrene, er det ofte negativt for barnet

### ***4 Bør det være forskjell på den informasjon som gis når pasienten er samtykke kompetent, og når pasienten ikke er samtykkekompetent?***

Ved rusavhengighet er det fremst overgående abstinens utløste forvirrings tilstander eller intoksikasjon som kan medføre at en pasient ikke har samtykkekompetanse, disse er ofte kortvarige.

Ved sameksisterende problemer av psykiatrisk eller nevrologisk art, vil en tro at den manglende samtykkekompetansen fremst har oppstått på grunn av de sameksisterende lidelsene, og en anbefaler konsultasjon / samarbeide med de som behandler eller er kompetente å vurdere effekten av disse sykdommer, om dette spørsmål.

For pasienter med psykiatriske sameksisterende lidelser, vurderer en at sårbarheten så tilstandsavhengig, at det er vanskelig å komme med forpliktende konkrete råd som skal passe for alle.



Ad spørsmål på side 36 (23a)

**- Hvilken informasjon bør en omsorgsperson ha for å kunne følge opp barnets samvær med den syke forelder?**

En er noe usikker på hva som ligger i termen "omsorgsperson" men forutsetter at en her tenker seg at det i familien finnes to foreldre hvorav en er pasient, alternativt at barnet er plassert i fosterhjem, eller hos en slektning, med så lang varighet at den kan jevnføres med tidligere nevnte relasjoner.

Barnet må ha en sikker situasjon under samværet, så sikkerhetsrelatert informasjon til omsorgspersonen er en forutsetning.

Meningen med besøket er primært at barnet skal få informasjon som er nyttig for barnet med tanke på helse på kort og lang sikt, medbestemmelse i viktige situasjoner, og mulighet til å skape en personlig identitet ut fra faktisk observasjon og informasjon heller enn på grunnlag av andre personers historier alene.

Det er oftest nødvendig at omsorgspersonen gis mulighet til å sette barnets opplevelse under besøket i en forståelig ramme. Er det forhold ved sykdommen som kan virke skremmende eller uforståelige er dette viktig informasjon, som med fordel kan tas opp med barnet på forhand og forklares av omsorgspersonen.

Større avvik under besøk med tilsyn må som hovedregel alltid formidles til omsorgspersonen.

Det er ikke så uvanlig at det forekommer forhold, for eksempel alvorlige konflikter, i historien til pasient og omsorgsperson hvis pasienten har eller har hatt rusproblemer. Slike relasjoner kan begrense nytten av kontakten for barnet og kan nødvendiggjøre veiledning av omsorgspersonen for at barnet skal få en god opplevelse av kontakten med forelder.

Tematisk kan veiledningen omfatte at barn faktisk trenger informasjon om og besøk av foreldre, at barn skal stille spørsmål, og at barns relasjon til forelder kan være forskjellig fra omsorgspersonens, for å nevne noen.

Reflekterende samtaler om besøket med deltakelse av den andre forelder kan ofte være svært nyttige.

Hvis det ikke er mulig for omsorgspersonen å forholde seg positivt / konstruktivt til kontakten med forelder, kan det være riktig å anbefale at refleksjonen foregår sammen med en annen person barnet har tillit til.

**- Hvilken informasjon bør kunne gis til den som tar hand om barnet?**

En er usikker på hvem som menes med "den som tar hand om barnet" i dette spørsmål; og vil svare på generelt grunnlag:

Personer som på kort sikt fungerer "in loco parentis" har også behov for informasjon for å kunne møte barnets behov for forberedelse og refleksjon i samband med kontakt med pasienten. Erfaringsvis er barn sensitive for hvem som gir informasjonen, hvis

den gis av en person som står barnet nær, øker mulighetene for at informasjonen ”gjør en forskjell”, for barnet.

Relativt lite kjente personer som tar hand om barnet under en kortvarig innleggelse for eks vil derfor ha en vanskeligere oppgave, i forhold til å trygge barnet, forklare hendelser osv. Hensynet til barnets aktuelle omstendighet må derfor tas med.

Stavanger 21 08.2008

Anders Hellman  
Fagsjef / Psykologspesialist