

# FAR ER K MOR

**Heftets tittel:** Barn som pårørende

**Utgitt:** 05/2010

**Bestillingsnummer:** IS-5/2010

**Utgitt av:** Helsedirektoratet

**Postadresse:** Pb. 7000 St. Olavs plass, 0130 Oslo

**Besøksadresse:** Universitetsgata 2, Oslo

Tlf.: 810 20 050

Faks: 24 16 30 01

[www.shdir.no](http://www.shdir.no)

**Hefte kan bestilles hos:** Helsedirektoratet

v/ Trykksaksekspedisjonen

e-post: [trykksak@helsedir.no](mailto:trykksak@helsedir.no)

Tlf.: 24 16 33 68 (tirs og tors 12-14)

Faks: 24 16 33 69

Ved bestilling, oppgi bestillingsnummer: IS-5/2010

**Trykk:** Andvord Grafisk AS

## Forord

Stortinget vedtok 19. juni 2009 endringer i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjenesten for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov mindrerårig barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1. januar 2010.

Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindrerårig barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre. Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester.

Dette rundskrivet omhandler de nye lovbestemmelsene og gir utfyllende kommentarer til disse. Innholdet skal gi nødvendig informasjon til helsepersonell som har ansvar etter bestemmelsene. Stoffet er forsøkt presentert slik at det kan brukes som en veileder for helsepersonell som har plikt til å bidra til å ivareta mindrerårig barn som pårørende.

Rundskrivet er utarbeidet i samarbeid med en arbeidsgruppe nedsatt av direktoratet høsten 2009.

Arbeidsgruppen bestod av:

- Siri Svenkerud, leder, Kompetansesenter rus - region sør.
- Sissel Korshavn, prosjektleder, Akuttpsykiatrisk avdeling, Oslo Universitetssykehus HF, Aker.
- Randi Værholm, spesialrådgiver/spesialsykepleier, Kreftforeningen seksjon vest.
- Frid Hansen, psykologspesialist/fagsjef, Kompetansesenter rus – region sør.
- Terje Knutheim, spesialrådgiver/psykologspesialist, Kompetansesenter rus - region sør.

Vi håper rundskrivet kan lette arbeidet for dem som bruker regelverket, og sikre at bestemmelsene blir fulgt.

Lykke til med arbeidet!



Bjørn-Inge Larsen

direktør

<b>1. INNLEDNING.....</b>	<b>3</b>
<b>2. HELSEPERSONELLOVEN § 10A.....</b>	<b>3</b>
2.1 BARN SOM PÅRØRENDE .....	4
2.2 HVEM ER FORPLIKTET TIL Å IVARETA INTERESSENE TIL BARNET ETTER HELSEPERSONELLOVEN § 10A?.....	4
2.3 NÅR INNTRER PLIKTEGENSKAPET .....	5
2.4. HVA HELSEPERSONELLET SKAL BIDRA TIL .....	5
2.4.1 Nærmere om kartlegging av barnets behov.....	7
2.4.2 Nærmere om oppfølging av barnets behov.....	7
2.5 AKTUELLE OG RELEVANTE OPPGAVER FOR HELSEPERSONELL (OPPREGNINGEN ER IKKE MENT Å VÆRE UTTØMMENDE).....	8
2.5.1 Avklare om pasienten har barn.....	8
2.5.2 Informasjon om lokale samarbeidspartnere .....	9
2.5.3 Vurdere om barnet har behov for informasjon eller annen oppfølging og tilby informasjon og veiledning til pasienten eller andre som har omsorg for barnet - Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav a) .....	9
2.5.4 Innhente samtykke fra pasienten eller annen forelder for å kunne medvirke til å følge opp barnet - Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav b).....	10
2.5.5 Bidra til at det blir gitt informasjon til barnet og den andre forelderen eller andre som har omsorg for barnet om pasientens sykdomstilstand, behandling og muligheter for samvær – Helsepersonelloven § 10a 3.ledd bokstav c).....	10
2.5.5.1 Samtale med barn .....	10
2.5.5.2 Samtale med andre personer som har omsorg for barnet – Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav c) ...	13
<b>3. SÆRLIG OM INFORMASJON OG TAUSHETSPLIKTEN.....</b>	<b>13</b>
<b>4. DOKUMENTASJON – JOURNALFØRING.....</b>	<b>15</b>
<b>5. BARNEANSVARLIG - NY § 3-7A I SPESIALISTHELSETJENESTELOVEN .....</b>	<b>17</b>
<b>6. SAMARBEIDENDE PERSONELL - § 25 I HELSEPERSONELLOVEN.....</b>	<b>19</b>
<b>7. VEDLEGG.....</b>	<b>20</b>
SAMTYKKE TIL Å GI INFORMASJON.....	21
SAMTYKKE TIL OPPFØLGING AV MITT BARN.....	23
KARTLEGGING AV BARN 0 – 18 ÅR NÅR FORELDRE MOTTAR HELSEHJELP .....	24
BEKYMRINGSMELDING TIL BARNEVERN TJENESTEN .....	26

# 1. Innledning

Helsetjenestens hovedoppgave er å behandle og følge opp skader, sykdommer og andre helserelaterte problemer hos pasientene. Når pasienten er forelder eller har omsorg for mindreårige barn, vil pasientens helsetilstand kunne påvirke barna for kortere eller lengre tid. Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer er utsatte og sårbare.

Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell en plikt til å bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand.

For å legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp barn som pårørende, har Stortinget også vedtatt en ny bestemmelse i helsepersonelloven § 25 tredje ledd. Bestemmelsen åpner for at taushetsbelagte opplysninger kan gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene for pasientens barn, med mindre pasienten motsetter seg dette.

For ytterligere å styrke stillingen til barna ved alvorlig sykdom hos foreldrene, er det også vedtatt en ny bestemmelse i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a. Bestemmelsen pålegger helseinstitusjoner i spesialisthelsetjenesten å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell. Den barneansvarlige skal ha nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde personer.

## 2. Helsepersonelloven § 10a

### *§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.*

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

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

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

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

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

## **2.1 Barn som pårørende**

Foreldre har ansvar for barna sine, og barna, er underlagt og prisgitt foreldrenes omsorg og utviklingsbetingelser. Når begrepet pårørende brukes om barn, må det ikke forstås slik at barna skal ivareta foreldrenes behov. Formålet med bestemmelsen er at barna skal forbli i sin rolle som barn, og at de ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersoner ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner.

Barn som pårørende skal tolkes vidt og uavhengig av formalisert omsorgssituasjon. Bestemmelsen omfatter således både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Der det i rundskrivet kun brukes termen ”foreldre”, omfatter det alle omsorgsansvarlige for barn, det være seg både biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og andre. Mindreårige barn av pasient omhandler barn under 18 år.

Ungdom over 18 år er i større grad i stand til å ta vare på eget liv og til å søke eventuell helsehjelp for sin egen del. Ungdom over 18 år vil etter pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b) kunne regnes som nærmeste pårørende, og i større grad bli involvert i foreldrenes sykdom.

## **2.2 Hvem er forpliktet til å ivareta interessene til barna etter helsepersonelloven § 10a?**

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasienter i tilknytning til psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, har plikt til å bidra til å ta vare på interessene til barna som følge av forelderens tilstand<sup>1</sup>. Det er viktig at plikten til å følge opp det enkelte barnet blir lagt til en bestemt person.

Plikten vil først og fremst gjelde helsepersonell med ansvar for behandling av pasienten. Det er som oftest lege eller psykolog. Det er disse som normalt står pasienten nærmest, og som bør ta avgjørelsen om når og på hvilken måte situasjonen til barna skal tas opp. Det kan likevel ikke utelukkes at annet helsepersonell kan være ansvarlig for behandlingen. Det kan også være nødvendig med bistand fra annet helsepersonell når barn skal ivaretas. Det er viktig å avgrense hvem som skal ta initiativ overfor foreldre og barn. Virksomheten bør lage retningslinjer om dette.

Annet helsepersonell må melde fra om behov som blir fanget opp, og ved tvil gjøre sitt for å finne ut om situasjonen er klarlagt. Dette innebærer at plikten til å følge opp barna i utgangspunktet gjelder alt helsepersonell. Dette vil for eksempel gjelde når helsepersonellet kommer i kontakt med pasienten i en akutt situasjon og legger pasienten inn i spesialisthelsetjenesten.

Etter helsepersonelloven § 16 skal virksomheter som yter helsehjelp, organiseres slik at helsepersonell er i stand til å rette seg etter lovpålagte plikter. Virksomhetene pålegges dermed å innlemme plikten til å ivareta barn som pårørende i de ansattes arbeidsoppgaver og utarbeide rutiner som ivaretar denne plikten. Virksomheten bør utarbeide retningslinjer for dette, blant annet når det gjelder praktisk tilrettelegging av ansvaret.

Pasienter med alvorlige og langvarige sykdomsforløp vil som regel være i kontakt med både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ansvaret for barna til pasienter med alvorlig helsetilstand påligger begge nivåene, herunder både offentlig og privat virksomhet og

---

<sup>1</sup> Jf. helsepersonelloven § 3

praksis. Samhandling mellom tjenestene har mye å si for at man skal kunne ta vare på barna på en god måte over lengre tid.

### **2.3 Når inntreer plikten**

For at plikten skal inntre, er det et vilkår at pasienten har psykisk sykdom, er rusmiddel-avhengig eller har alvorlig somatisk sykdom eller skade. Alvorlig somatisk sykdom eller skade kan for eksempel dreie seg om kreft og store skader etter ulykker. Innsatte i fengsler og beboere ved asylmottak som mottar helsehjelp for en eller flere av de ovennevnte tilstander, omfattes også av loven.

Det skal være lav terskel for at helsepersonell skal igangsette undersøkelser om hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging. Barn trenger ikke å utvise symptomer før lovens plikt gjør seg gjeldende. Avgjørende for vurderingen vil være om helsetilstanden til pasienten er slik at den får, eller man kan regne med at den får, vesentlige konsekvenser for nær familie generelt og barna til pasienten spesielt. Man må vurdere om forelderens helsetilstand er av en slik karakter at den kan medføre at barna blir usikre og sårbare, får mestringsproblemer eller opplever bekymring.

Plikten gjelder overfor barn under 18 år.

### **2.4. Hva helsepersonellet skal bidra til**

Formålet med bestemmelsen er å regulere helsepersonellens forhold til utsatte barn og omsorgspersonene deres.

Primært er det foreldre og andre omsorgsgivere som skal gi informasjon og følge opp barna. Bestemmelsen er ment å ivareta de situasjoner hvor pasienten selv eller andre med foreldreansvaret ikke er i stand til å ivareta barnas behov, eller det er bekymring eller tvil knyttet til om behovene ivaretas. Pasienten bør hele tiden trekkes inn i arbeidet med barna i den grad det er mulig, for å kunne utføre sin rolle som forelder på best mulig måte.

Plikten innebærer at helsepersonellet skal hjelpe foreldre til å ta vare på barna. Tilbud om hjelp og råd skal også gis til de foreldre som fremstår som mestrende og i stand til å takle situasjonen.

Bestemmelsen setter ingen grenser for i hvilke tilfeller helsepersonell kan hjelpe barna, men setter en minstestandard.

Barn av pasienter med alvorlige helseproblemer, har imidlertid ofte behov for informasjon og nødvendig oppfølging for å forstå hva som skjer, for å kjenne seg trygge og være inkluderte, og for å få hjelp til å mestre situasjonen de lever i. Informasjonens innhold og form må tilpasses barnets alder og modenhet.

Dersom det er på det rene at barnet har blitt ivaretatt og fått den informasjonen det trenger, vil det ikke være grunn for helsepersonellet til å følge opp saken videre.

Barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha en hverdag preget av engstelse og uforutsigbarhet. Sykdommen og behandlingen kan føre til at barnets omsorgssituasjon blir vanskelig. Barnet kan også bli

påført uheldige opplevelser som det trenger hjelp til å bearbeide. Noen barn er redde for at de selv skal bli syke, eller at sykdommen til forelderen kan smitte eller være arvelig. Andre barn blir ofte engstelige for at noe annet alvorlig skal skje med dem eller andre i familien. Barn tar ofte på seg skyld for foreldres sykdom eller tilstand og kan holde tilbake tanker og følelser om hvordan de selv har det av hensyn til foreldrene. I enkelte situasjoner kan barn også føle skam og forlegenhet på grunn av foreldres sykdom eller atferd. Vanlige reaksjoner hos barn som lever i en vanskelig livssituasjon, er blant annet angst, konsentrasjonsproblemer, søvnforstyrrelser, uro og atferdsendring.

Familiestrukturer varierer, og dette må helsepersonellet ta hensyn til. Mange barn har flere nære omsorgspersoner, og det er viktig å avklare hvem som evt. har behov for og hvordan disse omsorgspersonene kan bistå. Andre barn har ingen eller få omsorgspersoner utenom den forelderen som er syk. Helsepersonell må særlig fokusere på barna når pasienten er alene om omsorgen.

Hvordan og når i behandlingsforløpet barna best kan ivaretas, avhenger av hvilken type helsehjelp pasienten mottar. Når foreldres helsetilstand er av en slik art som loven regulerer, påvirker det familiens og barnas livssituasjon. Denne tilstanden kan ha vart over lang tid før pasienten mottar helsehjelp. I andre situasjoner kan problemene oppstå akutt.

I akutte situasjoner er det særlig viktig å få oversikt over barnets aktuelle omsorgssituasjon. De ulike akuttjenestene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil måtte sikre barn i situasjoner hvor foreldre innlegges eller på annen måte tas hånd om på grunn av sin tilstand; eksempelvis ved akutt psykose, akutt somatisk sykdom, bilulykke eller annen skade, selvmordsforsøk o.a. I slike tilfeller må helsepersonellet forsikre seg om at barn har tilsyn av en voksen. Helsepersonellet skal også i akuttsituasjoner, dersom det er mulig, i samråd med pasienten, avklare om andre tar hånd om barnet, og om barnets aktuelle omsorgssituasjon er tilfredsstillende. Ved akuttinnleggelse og/eller andre korte behandlingsforløp, må man raskt etablere samarbeid med andre tjenester, slik at barns behov blir kartlagt, og sikre kontinuitet i oppfølgingen.

I planlagte og/eller langvarige behandlingsforløp har man mulighet til mer omfattende prosesser i arbeidet med foreldre og barn, slik at familien mestrer situasjonen bedre. Det kan arbeides med å tilrettelegge gode utviklingsbetingelser for barna, eventuelt i samarbeid med andre tjenester.

Mange foreldre vil, som følge av alvorlig sykdom, ha behov for langvarige og koordinerte tjenester, og dermed ha rett til en individuell plan. Det er naturlig at barnas behov blir tatt inn i pasientens individuelle plan. Helsepersonell i både primær- og spesialisthelsetjenesten har plikt til å initiere og koordinere individuell plan.

Dersom barn har behov for helsehjelp, må dette følges opp på vanlig måte av helsetjenesten. Helsepersonellet bør samarbeide med andre tjenester i en overgangsfase ved henvisning og kontakt, men ikke påta seg oppgaver andre tjenester har ansvaret for. Dersom det er behov for helsehjelp, kan helsepersonellet eller andre henvise barnet til andre deler av helsetjenesten for utredning og eventuell behandling. Dette innebærer at helsepersonellens plikt ikke innebærer at helsepersonellet alene skal ha ansvar for å gi barna et helhetlig tilbud eller koordinere innsatsen fra forskjellige tjenester.



### 2.4.1 Nærmere om kartlegging av barnas behov

Dersom det konkluderes med at et barn trenger oppfølging som følge av foreldrenes tilstand, vil målet med kartleggingen være å få innsikt i hvilke konsekvenser sykdomssituasjonen får for barnets hverdagsliv. Det er viktig å få oversikt over beskyttelsesfaktorer og risikofaktorer rundt barnet, og hvordan det på best mulig måte kan hjelpes inn i gode utviklingsprosesser, på tross av foreldrenes situasjon.

#### Momenter som bør kartlegges:

- Er foreldrene i stand til å ivareta og bistå barnet med de problemer og belastninger som avdekkes?
- Hvordan er dagliglivet for barnet organisert og ivaretatt med hensyn til regler, struktur og rutiner?
- Hvordan fungerer barnet i barnehage og på skole med henblikk på trivsel, skoleprestasjoner, konsentrasjon, fravær?
- Har barnet overskudd til å være sammen med venner eller til å ta med venner hjem?
- Viser barnet tegn på at han/hun er redd, usikker eller alvorlig bekymret?
- Viser barnet tegn på uro eller atferdsvansker?
- Vær også oppmerksom på ”de flinke barna” som tilsynelatende mestrer situasjonen godt, men som likevel kan ha behov
- Er barnet i kontakt med hjelpeapparatet?
- Har barnet noen å snakke med som vet om og forstår situasjonen?
- Opplever barnet tilstrekkelig følelsesmessig støtte og oppfølging?

En samlet vurdering av disse forholdene vil gi et inntrykk av hvordan barnet har det; om det er godt ivaretatt, eller om det har behov for videre oppfølging. Tegn på bekymring, tristhet og/eller vansker med å konsentrere seg er normale reaksjoner hos barn i en vanskelig livssituasjon. Dette betyr ikke nødvendigvis at barnet trenger behandling, om ikke reaksjonene går vesentlig ut over normal fungering. Barns oppfølgingsbehov kan spenne fra enkle støttetiltak i skolen til mer omfattende hjelpetiltak, som krever henvisning i tiltakskjeden.

### 2.4.2 Nærmere om oppfølging av barnas behov

Helsepersonelloven § 10a begrenser seg til å sørge for at barna skal motta *nødvendig* oppfølging. Loven påpeker en minstestandard, men den begrenser ikke hvor mye hjelp og oppfølging det enkelte barn *kan* motta innenfor den virksomheten hvor foreldrene får hjelp. Loven setter således ingen øvre begrensinger når det gjelder omfang eller type hjelp.

Når helsepersonellet vurderer det slik at et barn står i fare for å utvikle eller har utviklet symptomer, skal retten til helsehjelp følges opp på vanlig måte av helsetjenesten. Barns rett til helsehjelp er allerede regulert i den ordinære helselovgivingen<sup>2</sup>. Helsepersonellet må da henvise barnet til andre deler av tjenesteapparatet for utredning og behandling. Foreldre eller andre med omsorgsansvar må samtykke til slik henvisning.

Den voksnes behandlingstilbud skal ikke overta eller utvikle egne behandlingstilbud for barnet når dette finnes andre steder. Helsepersonellet bør samarbeide med andre tjenester ved

---

<sup>2</sup> Jf. kapittel 2 i pasientrettighetsloven.

videre henvisninger og følge barnet og foreldrene i en overgangsfase, men uten å påta seg oppgaver som tilligger andre tjenester.

Selv om det ikke er nødvendig med henvisning av barnet til spesialisthelsetjenesten, kan det likevel være nødvendig med tilrettelegging i hverdagen. Barn skal ha en trygg og god hverdag, det vil si også den tiden de tilbringer i barnehagen, på skolen og i nærmiljøet. For noen barn kan disse stedene oppleves som et fristed fra vanskelighetene, hvor de opplever seg på linje med alle andre. For andre kan skoledagen være fylt av bekymringer og engstelse. Helsepersonellet bør, innenfor rammen av taushetspliktreglene, bidra til at barnehagepersonell, lærere og andre som er sammen med barnet, har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon, slik at de også kan bidra til nødvendig oppfølging og støtte. Dette må foregå i nært samråd med foreldre eller de(n) som har omsorg for barnet.

Mange ganger vil det være nødvendig å etablere et tett samarbeid med det lokale hjelpeapparatet om oppfølgingen i nærmiljøet. Fastlege, helsestasjon- og skolehelsetjeneste er sentrale aktører i denne sammenhengen. Det vises blant annet til forskriften til fastlegeordningen, der det står at fastlegen har ansvaret for å koordinere helsetilbudet, både forebyggende og kurativt, for dem som står på deres pasientliste.

Det kan også være hensiktsmessig å involvere annet helsepersonell, som kreftsykepleier, ergoterapeut/fysioterapeut, helsepersonell på helsestasjon, og personell ved pedagogisk-psykologisk tjeneste og/eller det psykiske helsearbeidet i kommunen. Også andre i kommunen knyttet til barneverntjenesten, barnehage og skole vil være aktuelle samarbeidspartnere.

For barn i vanskelige livssituasjoner finnes det noen steder tilbud, som for eksempel barnegrupper, nettfora, fritidsaktiviteter og annet. Noen kommuner og foretak har etablert samarbeidstiltak og rutiner for oppfølging av barna. Frivillige organisasjoner har også utviklet tilbud for enkelte grupper av de barna loven omfatter. Det kan i tillegg være aktuelt å aktivere det sosiale nettverket rundt familien og barna.

Sosialtjenesten vil kunne være en sentral samarbeidspartner og et viktig koordinerende ledd i kommunen for noen av de aktuelle pasientgruppene. Sosialtjenesten kan gjennomføre familiesamtaler eller forsikre seg om at andre kommunale tjenester ivaretar dette.

## **2.5 Aktuelle og relevante oppgaver for helsepersonell (oppregningen er ikke ment å være uttømmende)**

### **2.5.1 Avklare om pasienten har barn**

Helsepersonellet skal søke å avklare om pasienten har barn. Plikten påligger i utgangspunktet det helsepersonellet som er ansvarlig for den aktuelle behandlingen av pasienten. Det er disse som står pasienten nærmest, og som bør ta avgjørelser om når og hvordan situasjonen til barna skal tas opp.

Avklaring av om pasienten har barn kan gjøres ved å:

- spørre pasienten eller eventuelt en ledsager

- søke i pasientens journal og epikriser etter opplysninger om barn og eventuelle tidligere samtaler om deres behov
- undersøke i Folkeregisteret

Helsepersonellet skal ikke drive oppsporende virksomhet ut over dette.

### **2.5.2 Informasjon om lokale samarbeidspartnere**

Helsepersonellet bør skaffe seg generell informasjon om lokale samarbeidspartnere som kan følge opp barna, for eksempel helsestasjons- og skolehelsetjeneste, skole og barnehage, relevante deler av spesialisthelsetjenesten, barnevernet og frivillige organisasjoner. Samarbeid mellom ulike helsetjenester, etater og frivillige organisasjoner har mye å si for at barnas behov skal kunne dekkes på en god måte over lengre tid.

### **2.5.3 Vurdere om barnet har behov for informasjon eller annen oppfølging og tilby informasjon og veiledning til pasienten eller andre som har omsorg for barnet - Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav a)**

Dersom helsepersonellet finner det nødvendig, skal de samtale med pasienten om barnets informasjons- og oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak.

Dette er spesielt viktig ved innleggelse. Innenfor rammene av taushetsplikten, kan man tilby barnet og andre omsorgspersoner å ta del i samtalen. Dersom det er formålstjenelig, kan samtalen være med pasienten, barnet og annen omsorgsperson til stede samtidig. Avhengig av alder har barn rett til å bli hørt i saker som angår dem, jf. barneloven § 31. Man må derfor legge til rette for at barnet kan få si sin mening om eget behov, kontakt med andre tjenester og andre hjelpetilbud.

Helsepersonellets bidrag til å dekke barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging, skal foregå i nært samarbeid med foreldrene. Alvorlige helseproblemer hos foreldre kan vanskeliggjøre foreldrerollen.

På generelt grunnlag bør innledningen til en samtale med pasienter om barna deres omfatte en forklaring og begrunnelse for hvorfor dette gjøres, og hvorfor det gjøres akkurat i denne situasjonen. En må legge vekt på å forklare hvorfor barna har behov for informasjon og hvordan informasjonen kan hjelpe barna. Det bør også legges vekt på hvorfor det er nødvendig å identifisere barnas behov, slik at informasjon og nødvendig oppfølging kan gis.

Pasienter vil ofte ha behov for å få drøftet bekymringer de har knyttet til barna sine. Det kan være smertefullt og vanskelig å se at egne problemer medfører belastninger og vonde opplevelser for barna. I slike tilfeller vil det kunne være en lettelse for foreldre å oppleve at helsepersonellet viser interesse og omtanke for barna deres, og at det gis rom for å få snakke om de bekymringene de har vedrørende foreldrerollen. Mange foreldre ønsker hjelp til å ivareta barna i vanskelige perioder.

Innholdet i en god samtale med foreldre om barna deres bør balanseres mellom det som fungerer bra, og det som oppleves som strevsomt. Slike samtaler kan starte med at helsepersonellet lytter til hvilke tanker og refleksjoner pasienten selv har om hvordan livssituasjonen til barna påvirkes av de aktuelle problemene. Foreldrene må også få mulighet til å si noe om hvilken kontakt de ser seg i stand til å ha med barna i behandlingsforløpet.

Videre må man ha fokus på hvilke tanker pasientene gjør seg vedrørende det informasjons- og hjelpebehov som barna har, og hvordan dette kan ivaretas. I samtale med foreldrene bør man konkretisere hvordan dagliglivets fungering og foreldrefungering påvirkes av de voksnes symptomer. Man bør legge vekt på hva som er godt ivaretatt og hva som fungerer dårlig. Man bør også vektlegge hvordan risiko- og beskyttelsesfaktorer i barnet selv og omgivelsene påvirker barnets evne til å håndtere situasjonen det er i.

En slik prosess sammen med pasienten kan i seg selv fungere som en bevisstgjøring, og kan sette forelderen i stand til selv å ivareta barnets informasjons- og hjelpebehov. Denne prosessen vil også gi viktige føringer for hvilken type informasjon og hjelpetiltak som kan være nødvendig for barnet.

#### **2.5.4 Innhente samtykke fra pasienten eller annen forelder for å kunne medvirke til å følge opp barnet - Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav b)**

Dersom helsepersonellet vurderer det som nødvendig at barnet får videre oppfølging, skal det innhentes samtykke fra foreldrene. Dette kan f. eks være samtykke til å snakke med barnet dersom det er ønskelig eller samtykke til å kontakte andre tjenester for videre oppfølging.

Dersom foreldre ikke samtykker til videre oppfølging og det foreligger grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, skal det sendes bekymringsmelding til barnevernet, og dette skal føres i pasientens journal<sup>3</sup>.

Samtykke skal innhentes fra person med rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold. En person med foreldreansvar vil for eksempel ha slik rett og plikt, jf. barneloven § 30. Det samme gjelder barnevernet dersom det er gjort vedtak om omsorgsovertakelse etter barnevernloven. Noen avgjørelser vil kreve samtykke fra begge foreldrene dersom begge har del i foreldreansvaret, jf. barneloven §§ 30 og 37. Begge foreldre skal i utgangspunktet samtykke til helsehjelp til barnet. En endring i pasientrettighetsloven § 4-4 gjør det mulig å yte helsehjelp med samtykke fra bare én av foreldrene, dersom kvalifisert helsepersonell vurderer at helsehjelpen er nødvendig for å unngå skade<sup>4</sup>. Etter hvert som barnet utvikler seg og modnes, skal det høres før det blir tatt avgjørelser.

#### **2.5.5 Bidra til at det blir gitt informasjon til barnet og den andre forelderen eller andre som har omsorg for barnet om pasientens sykdomstilstand, behandling og muligheter for samvær – Helsepersonelloven § 10a 3.ledd bokstav c)**

##### **2.5.5.1 Samtale med barn**

Innenfor rammen av taushetsplikten har helsepersonellet ansvar for at informasjonen som gis, tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, som alder, modenhet, erfaring, kultur og språkbakgrunn. Eksempelvis er det viktig å innhente tolk der det er nødvendig. Det frarådes å bruke pasientens barn og andre pårørende som tolk. Samtaler med barn og foreldre må forstås som en prosess hvor det kan være behov for flere samtaler, og ulike typer samtaler. I tillegg til samtaler kan det være god hjelp å hente i bøker, brosjyrer, filmer og på internett.

---

<sup>3</sup> Jf. helsepersonelloven § 33

<sup>4</sup> Endringene i pasientrettighetsloven § 4-4 2. ledd, jf. Ot. prp. 14 L (2009-2010) starter å virke fra 1. mai 2010.

Samtalens omfang må tilpasses omstendighetene. Noen ganger kan tilstandens alvorlighet og familieforholdene tale for å gå grundig til verks, mens det i andre tilfeller er tilstrekkelig med en kortfattet samtale.

Som tidligere nevnt skal informasjonen til barna gis i nært samarbeid med foreldrene, og helst av foreldrene selv. Når det er mulig, bør begge foreldrene eller andre som har omsorg for barna, være med i samtalen. Når informasjon gis av foreldrene selv, kan foreldrene velge om helsepersonell skal være tilstede eller ikke. Det er viktig å bistå foreldre i hvordan de kan samtale med barna og hjelpe til med å avklare hva som skal sies og hvordan. Det er viktig å følge opp samtalen og etterspørre hvordan samtalen forløp, og om det er oppstått behov som helsepersonellet kan bistå familien med.

Dersom foreldrene ikke er i stand til å føre samtalen med barna, og heller ikke kan være til stede når helsepersonellet snakker med barna, bør man motivere foreldrene til å delta i oppstart og avslutning av samtalen. Ved oppstart av slike samtaler, er det hensiktsmessig om foreldrene legger til rette for at barna kan snakke fritt om opplevelsene sine og oppmuntrer dem til å stille spørsmål om det de lurer på. Samtalen med barna bør avsluttes med foreldrene til stede. Dersom det er vanskelig at foreldrene deltar i samtalen med barna, bør man ha en samtale med foreldrene i etterkant av barnesamtalen, hvor helsepersonellet formidler momenter av betydning for videre oppfølging av barna. Målet er å bidra til å fremme en felles forståelse av barnas situasjon i familien, samt å bidra til å fremme kommunikasjonen i familien. Samtalen må i alle henseender skape en ramme av trygghet, og møtet må formidle omsorg og empati for barnet og familien.

I mange familier er det flere barn. Det er viktig å understreke at søsken kan reagere veldig forskjellig på det som skjer – og at de kan ha ulike behov som følge av dette. Det handler både om alder og om at barn reagerer individuelt på det som utenfra kan se ut som samme belastning. Barna – og omsorgspersonene – kan trenge at dette blir sagt eksplisitt, slik at barna kan tillate seg å reagere annerledes enn de andre søsknene, og bli bekreftet på at det er normalt og akseptert.

Enhver barnesamtale skal være på barnets premisser. Samtalerommet bør tilrettelegges for barn avhengig av alder, for eksempel ved at det er tegnesaker og leker tilgjengelig. For små barn kan det være nok å få lov til å se rommet til forelderen, få forsikringer om at mor eller far får god hjelp og få vite hvem som skal ta vare på barnet mens mor/far er syk. Tidspunkt for når barnet skal se forelderen neste gang, er også viktig informasjon. Større barn og ungdom kan i større grad ha behov for samtaler uten foreldre tilstede, fordi det kan være vanskelig for dem å gi uttrykk for hvordan de opplever sin egen situasjon når de ser at foreldrene har det vanskelig, eller fordi de er redde for å belaste foreldrene ytterligere.

### **Forslag til forberedelse og gjennomføring av samtale med barn:**

#### *Forberedelse til samtale:*

- Der foreldre ønsker bistand fra helsepersonell, må det på forhånd avklares hvilken rolle foreldre og helsepersonellet skal ha i samtalen, og hvem som skal si hva til barnet
- Det må avklares med foreldrene hva som kan sies og ikke skal sies
- Det må avklares hvordan man skal møte vanskelige temaer knyttet til hendelser eller om foreldrenes tilstand som barnet kan bringe opp i samtalen

- Bli enig med berørte parter om hvordan barnet skal informeres om at samtalen skal finne sted

*Under samtalen med barnet:*

- Forklar barnet hvorfor det har kommet til samtalen, hva som skal foregå i samtalen, og hvor lenge samtalen skal vare
- Ta utgangspunkt i hva barnet har erfart og vet, og hva det uttrykker behov for å få avklaringer på
- La barnet få anledning til å fortelle om hva det har opplevd, men ikke press barnet til å snakke hvis det ikke vil

*Innhold i samtale med barn:*

Informasjon til barn skal bidra til at barnet får en forståelse av hva som skjer med den syke forelderen, familien og seg selv. Informasjonen skal bidra til opplevelse av økt forutsigbarhet og håndterbarhet av situasjonen.

**Barn kan ha behov for følgende informasjon:**

*Om forelderen:*

- balansert og adekvat informasjon om sykdomssituasjonen til forelderen, forklaring av eventuell diagnose samt forklaring av symptomer
- hva som har forårsaket sykdommen eller tilstanden
- hva slags behandling som gis
- hvordan forelderen blir ivaretatt
- hvor lenge behandlingen varer
- hvordan tilstanden påvirker forelderen, barnet og familiens situasjon
- muligheter for besøk og hvordan det skal foregå

*Om sin egen situasjon:*

- barnet må vite at det selv blir tatt vare på, og av hvem
- hva som er normale reaksjoner hos barn når voksne har et alvorlig helseproblem
- at den voksnes tilstand ikke er barnets skyld
- at barnet ikke kan hjelpe den voksne med å bli frisk
- at barnet har lov til å ha det bra og fortsette med aktiviteter som er bra for barnet, selv når den voksne har det vanskelig
- barnet må få vite hvem som vet om familiens situasjon, og hvem barnet kan snakke med om det som er vanskelig

Målet med å samtale med barna, er at de skal få til en bedre mestring av sin livssituasjon. Å mestre dreier seg ikke om å tilpasse seg bedre til foreldrenes problemer, men å bidra til god utvikling og forebygge belastninger for barna. Samtaler med barna kan bidra til å hindre videre belastning og problemutvikling. Informasjon gitt på en god måte, kan dempe unødig angst om eksempelvis arv og smitte.

Barn trenger å få anledning til å bearbeide den informasjonen som er gitt. Ofte vil de ha behov for å spørre om igjen om de samme tingene. Dersom foreldrene ikke deltar i samtalen, bør barna få anledning til å ha med seg en voksen de stoler på, forutsatt at taushetsplikten ikke er til hinder for dette.

### **Helsepersonell bør legge til rette for å:**

- gi barnet mulighet til å bearbeide og utdype den informasjonen som tidligere er gitt, og som barnet kan trenge
- gi mulighet for at barnet skal få svar på spørsmål som har plaget eller bekymret ham/henne
- gi bekreftelse på at hendelser og opplevelser kan ha vært vanskelige for barnet
- gyldiggjøre reaksjoner hos barn knyttet til foreldrenes tilstand
- normalisere følelsesmessige reaksjoner på vanskelige opplevelser
- oppklare vanskelige opplevelser som kan være knyttet til foreldrenes tilstand, gi barnet forståelse av hvorfor ting har skjedd og relassere ansvar
- forhindre at barnet utvikler løsningsstrategier som er uhensiktsmessige, i forhold til alder og egen utvikling.
- hjelpe til med å bryte tabuer og bearbeide opplevelser av skam
- gi anerkjennelse og bekreftelse på barnets anstrengelser for å forsøke å hjelpe familien
- hjelpe barnet til å finne andre som kan påta seg det ansvaret barnet ikke kan fortsette å påta seg

### **2.5.5.2 Samtale med andre personer som har omsorg for barnet – Helsepersonelloven § 10a 3. ledd bokstav c)**

Innenfor rammen av taushetsplikten, skal helsepersonellet bidra til at personer som har omsorg for barnet gis informasjon.

En viktig del av arbeidet for helsepersonellet, vil være å styrke og bevisstgjøre den friske forelderen /andre omsorgspersoner, slik at foreldrefunksjonen ivaretas på best mulig måte.

Den andre forelderen/omsorgspersonen kan ha behov for informasjon om hvordan barnet kan reagere på sin situasjon. Det kan også være behov for rådgivning om hvordan en skal gå frem i samtale med barnet.

Andre ganger vil den andre forelderen ha behov for informasjon og råd om hvor barn kan få ytterligere bistand og støtte. Helsepersonell kan, sammen med de(n) som har den daglige omsorgen, kartlegge hvem i barnets nærmiljø som trenger informasjon om den situasjonen barnet er i, og hvem som kan støtte det i dagliglivet, eksempelvis barnehageansatte, helsesøster, lærere o.a.

Når helsepersonellet har forvissnet seg om at den andre forelderen/omsorgspersonen er i stand til å ivareta barnets behov for informasjon og oppfølging på en tilstrekkelig måte, er det ikke grunnlag for ytterligere bistand fra helsepersonell.

## **3. Særlig om informasjon og taushetsplikten**

Hovedregelen om helsepersonells taushetsplikt er regulert i helsepersonelloven § 21. Bestemmelsen sier at helsepersonell har taushetsplikt angående opplysninger om folks legems- eller sykdomsforhold eller andre personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell. Slike opplysninger kan i utgangspunktet ikke gis videre til andre.

Når helsepersonelloven § 10 a pålegger helsepersonell å bidra til at pasientens barn får informasjon og oppfølging etter behov, må denne plikten utøves i overensstemmelse med taushetsplikten. Dette følger direkte av bestemmelsens ordlyd.

Helsepersonellet skal drøfte barnets situasjon med pasienten og be om samtykke til å gi barnet nødvendig informasjon, jf. helsepersonelloven § 22. På denne måten kan pasienten medvirke og delta i vurderingen av hvilke opplysninger som gis til barnet og hvordan disse kan benyttes.

Gjennom dialog med pasienten må helsepersonellet sikre at pasienten forstår betydningen av at informasjonen gis, og hvorfor det er viktig å følge opp barnet. For at et samtykke skal være gyldig må følgende forhold være oppfylt:

- Pasienten må ha fått informasjon om hvilke opplysninger som gis videre, og til hvem opplysningene gis
- Informasjonen som gis til pasienten, må være tilpasset dennes individuelle forutsetninger og situasjonen for øvrig. Det sentrale er at pasienten forstår formålet, rekkevidden og konsekvensene av at taushetsbelagte opplysninger gis videre
- Samtykke må gis frivillig, og det kan når som helst trekkes tilbake

Et samtykke gjelder kun så langt det rekker. Dette innebærer at det kun kan gis opplysninger pasienten har samtykket til, og at opplysninger kun kan gis til de personer som pasienten har samtykket til.

Dersom pasienten *ikke gir samtykke* til at barnet kan få opplysninger om dennes helsetilstand, og det ikke foreligger annet unntak fra hovedregelen om taushetsplikt, er helsepersonell bundet av taushetsplikten. Helsepersonell kan da bare gi barnet generell informasjon.

Uavhengig av samtykke har barn rett til informasjon om tiltak som helsetjenesten har planlagt og som har til hensikt å ta vare på barnet selv. Slik informasjon vil være nødvendig for at barnet skal si sin mening i samsvar med barnelovens § 31.

I tillegg til samtykke finnes det andre unntaksregler som fritar helsepersonell fra taushetsplikten. Dette gjelder blant annet *dersom barnet allerede er kjent med opplysningene*, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 1. Når det gjelder de opplysninger barnet allerede kjenner til, er helsepersonell altså ikke bundet av taushetsplikten. Helsepersonell kan kartlegge barnets kunnskaper ved å stille spørsmål.

### **Om barnet er kjent med hvor forelderen mottar helsehjelp og hva denne mottar hjelp for, kan følgende informasjon gis:**

- hvilken mulighet barnet har for å besøke forelderen
- hva barnet kan forvente av behandlingsinstansen
- generell informasjon om tilstanden

Som en generell regel bør barn aldri gis mer informasjon enn det barnets omsorgspersoner har. Barnet må ikke settes i en lojalitetskonflikt eller utsettes for å måtte holde informasjon hemmelig for sine omsorgspersoner.



### **Når pasienten ikke er samtykkekompetent**

I noen tilfeller vil pasienten pga bevisstløshet, psykisk lidelse eller andre årsaker, ikke være i stand til å avgi samtykke eller tenke gjennom konsekvensene av å gi eller ikke gi samtykke.

Det fremgår av helsepersonelloven § 22 3. ledd at nærmeste pårørende kan gi samtykke i slike situasjoner. Hvem som er pasientens nærmeste pårørende fremgår av pasientrettighetsloven § 1-3 bokstav b).

I situasjoner hvor det ikke er en pårørende som kan avgi et slikt samtykke, kan helsepersonellet vurdere om pasienten ville ønsket at barnet skulle få informasjon, og ta stilling til om det foreligger et presumert samtykke.

## **4. Dokumentasjon – journalføring**

Når helsepersonell pålegges plikt til å følge opp barns behov for informasjon og oppfølging etter helsepersonelloven § 10a, må helsepersonellet også dokumentere at denne plikten blir fulgt opp. Det er i denne forbindelse nødvendig å skille situasjoner der barnet ikke mottar helsehjelp, fra de situasjoner der barnet har belastninger som det er aktuelt å yte helsehjelp for.

Helsepersonellet skal dokumentere om pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn. Helse- og omsorgsdepartementet har inntatt en slik plikt i journalforskriften § 8 første ledd bokstav t:

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

*t) Opplysninger om pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom har mindreårige barn*

Om pasienten har mindreårige barn eller ikke, skal dermed føres i pasientens journal.

Helsepersonellet skal dokumentere det arbeidet som gjøres. Dette gjelder for eksempel om de har drøftet ivaretagelse av barnet med pasienten, om samtale med barnet er gjennomført og hvilken informasjon som ble gitt, hvilke tiltak som iverksettes for å følge opp barnet, samt hvorvidt det er behov for videre oppfølging av barnet. Dersom barnet trenger oppfølging utover det som blir gitt der pasienten behandles, skal barnet henvises videre. At slik henvisning er foretatt, skal føres inn i pasientens journal. Det er mottaker av en slik henvisning som skal opprette journal på barnet.

Journalen skal føres slik at det fremgår om arbeidet er utført forsvarlig<sup>5</sup>. Ved en samtale med barnet, må helsepersonellet vurdere om det fremkommer opplysninger i samtalen som er relevante og nødvendige for pasientens helsehjelp, slik at de skal nedtegnes i pasientens journal. Vurderingen av hvilke opplysninger som anses som ”relevante og nødvendige” må

---

<sup>5</sup> Jf. helsepersonelloven § 4

foretas i den enkelte situasjon. Barnets behov for konfidensialitet må vurderes opp mot hvor viktig informasjonen er for pasientens videre helsehjelp.

Helsepersonellet som behandler pasienten, skal kartlegge hvorvidt pasientens barn har behov for videre oppfølging. Barnets behov kan være av ulik karakter. Retten til helsehjelp til barnet følges opp på vanlig måte av helsetjenesten

Når det foreligger grunn til å tro at barnet blir mishandlet i hjemmet, eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, skal det sendes bekymringsmelding til barnevernet, og dette skal føres i pasientens journal<sup>6</sup>.

I sammenheng med at det opprettes egen journal på barnet, kan foreldrenes helsetilstand være vesentlig. Journalforskriften § 8 første ledd bokstav u lyder:

*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*

Dette innebærer at helsepersonellet kan nedtegne opplysninger om foreldrenes helsetilstand i barnets journal når opplysningene er relevante og nødvendige for barnets behandling. I denne sammenhengen er det viktig at helsepersonellet foretar en vurdering av hvilke opplysninger som er relevante og nødvendige også ut fra hensynet til at barnets foreldre, etter begjæring, har innsynsrett i barnets journal<sup>7</sup>. I praksis kan det oppstå situasjoner hvor opplysninger om den ene forelderens helsetilstand brukes mot denne i en barnefordelingssak. Det sentrale vil dermed også i denne sammenheng være hvilke opplysninger om foreldrenes helsetilstand som er relevante og nødvendige for barnets helsehjelp.

Når helsepersonell behandler barn over 16 år, har det som hovedregel taushetsplikt overfor foreldrene. Heller ikke når barnet er mellom 12 og 16 år skal opplysninger gis foreldre eller andre med foreldreansvaret dersom pasienten av grunner som helsepersonellet bør respektere, ikke ønsker dette. Dette innebærer at barnets selvbestemmelsesrett i visse tilfeller kan gå foran foreldrenes rett til innsyn. I den utstrekning barnet er i stand til å ivareta sine egne interesser, og det kan stilles spørsmål ved om foreldrene opptrer til barnets beste, vil begrunnelsen for foreldrenes rettigheter falle bort. Barnet bør da kunne avgjøre om foreldrene skal få innsyn i nevnte opplysninger.

Dersom informasjonen er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal foreldrene eller andre med foreldreansvaret likevel gis informasjon når pasienten er under 18 år. Dette innebærer at foreldrene skal gis den informasjonen som er nødvendig for at deres foreldreansvar etter barneloven skal kunne gjennomføres i tilstrekkelig grad. Eksempler på opplysninger som da kan gis foreldrene, er opplysninger om selvmordsfare, hvor pasienten befinner seg, eller innleggelse på sykehus på grunn av livstruende tilstander.

<sup>6</sup> Jf. helsepersonelloven § 33

<sup>7</sup> Dette gjelder barn under 16 år, jf. pasientrettighetsloven § 5-1 fjerde ledd, jf. § 3-4

## 5. Barneansvarlig - ny § 3-7a i spesialisthelsetjenesteloven

### § 3-7a *Om barneansvarlig personell mv.*

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

Ordningen med barneansvarlig personell gjelder helseforetak, private sykehus og institusjoner som har avtale med helseforetak. Dette er en viktig organisatorisk løsning for å styrke den rettslige stillingen til barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Virksomheten må *planlegge og legge til rette for* en mer systematisk og forpliktende tilnærming til barnet. Kjernefunksjonen til det barneansvarlige personellet er at det skal sette arbeidet i system, holde helsepersonellet oppdatert og fremme barnas interesser.

Ordningen har hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven, og omfatter dermed kun spesialisthelsetjenesten. Kommunene har ikke en tilsvarende lovpålagt plikt til å utnevne barneansvarlig personell. De må selv legge til rette for å møte barna på best mulig måte og kan velge å utnevne barneansvarlige dersom det er hensiktsmessig og fremmer arbeidet med å ivareta barna. Selv om kommunehelsetjenesten ikke er pålagt å ha barneansvarlig personell, gjelder likevel plikten etter helsepersonelloven § 10 a, til å ivareta barn som pårørende i tilsvarende utstrekning som for spesialisthelsetjenesten. Helsepersonell som driver privat praksis har også ansvar for å ivareta barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, men har ikke plikt til å utnevne barneansvarlig personell.

Det er arbeidsgiverens ansvar å finne frem til rett(e) person(er) slik at det ansvaret og de oppgavene som blir lagt til stillingen(e) blir utført på en forsvarlig måte. Det er av lovgiver ikke stilt særskilte kvalifikasjonskrav til den som skal fylle rollen som barneansvarlig. Det er ikke nødvendig at den barneansvarlige har helsefaglig utdanning. For eksempel kan sosionomer og andre yrkesgrupper også være naturlige valg. For å virkeliggjøre intensjonene i lovforslaget om å gi barn som pårørende informasjon og oppfølging, bør virksomhetene vektlegge at barneansvarlige utvikler kompetanse om barns og familiers behov ved psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade.

Det er viktig at barneansvarlige erverver seg handlingskompetanse for hvordan man kan samtale med pasienten om hans/hennes rolle som forelder, hvordan man kan samarbeide med den andre forelderen, og hvordan man samtaler med barn og foreldre.

Det påhviler virksomheten å sørge for at barneansvarlige har/får nødvendig kompetanse og kapasitet til å utføre arbeidet. Virksomhetens ledelse må utarbeide en plan for kompetanseutvikling og sørge for at systematisk veiledning gis til de barneansvarlige.

### **Sentral kunnskap for barneansvarlige er:**

- lovverket relatert til barn, barnevern, taushetsplikt o.a.
- hvordan man utvikler prosedyrer og retningslinjer
- hvordan førstelinjetjenesten er organisert og hvordan man utvikler og ivaretar samarbeidsrutiner

- normale faser i barns utvikling
- hvordan informasjonen må tilpasses ulike utviklingstrinn
- hva som kan særprege de ulike sykdomstilstandene og hvilke konsekvenser dette kan få for barnet
- hvordan pasientens problemer kan prege hele familielivet og de konsekvenser det kan få for barnet
- hvordan omsorgspersoner som ikke er pasienter, forholder seg når nære familie-medlemmer trenger behandling

Det er et lederansvar å sørge for at institusjonen utarbeider og implementerer retningslinjer og prosedyrer for hvordan man skal organisere arbeidet med barn som pårørende. Disse rutinene må innbefatte en konkretisering av hvilken rolle og hvilke arbeidsoppgaver de barneansvarlige skal ha ved den enkelte institusjon, og hvordan oppgaver mellom behandlingsansvarlige og barneansvarlige skal fordeles.

Hvilke organisatoriske løsninger man velger, vil blant annet være avhengig av om det er en institusjon der det er få eller mange pasienter som har barn, om liggetiden er lang eller kort og om det er en sengepost eller en poliklinisk virksomhet. Rutinene må sikre at de barneansvarlige får en posisjon der de kan ivareta rollen som pådrivere for å fremme barnas interesser i den enkelte institusjon. Ved noen virksomheter vil det være aktuelt å ha en barnekoordinator som kan ha som oppgave å ivareta mer overordnede problemstillinger, som for eksempel å utvikle prosedyrer og samarbeidsrutiner med førstelinjetjenesten, ha oversikt over oppfølgingstiltak for foreldre og barn, organisere veiledning og undervisning o.a.

Når behandlingsansvarlig tar ansvar for oppfølging av foreldre og barn, trenger ikke vedkommende å gi detaljert informasjon til barneansvarlig. I noen virksomheter vil behandlingsansvarlig også være barneansvarlig. Andre ganger er arbeidet organisert slik at den barneansvarlige deltar når barn er med i samtaler, eller når man skal snakke med pasienten eller den som har omsorg for barnet. Det viktigste er at arbeidet for og med barna blir gjort, og at barneansvarlig ser til at arbeidet blir utført på en tilfredsstillende måte.

### **Eksempler på arbeidsoppgaver for barneansvarlige:**

- *sette arbeidet i system* – Organisere arbeidet og utarbeide rutiner som ivaretar kartleggingsrutiner, systematisering av informasjon og oppfølging av barna, samt kontrollrutiner som sikrer at arbeidet er utført. Det kan også innebære å organisere veiledning
- *fremme barnas interesser* – Tematisere barnas situasjon i rapporter og møter, være pådriver for at det gjennomføres samtaler med pasientene, barna og dem som har omsorg for barna, bistå behandlingsansvarlig med å gi barn og foreldre informasjon og nødvendig oppfølging. Tilrettelegge for og ivareta barna i forbindelse med besøk hos foreldrene
- *holde helsepersonell oppdatert* om ny viten og nye metoder på feltet. Legge til rette for intern kompetanseheving om barns utvikling og reaksjoner, og deres behov for informasjon og oppfølging
- *ta hånd om samarbeidsrutiner* mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og andre samarbeidspartnere
- *ha oversikt over aktuelle oppfølgingstiltak for barn*

## 6. Samarbeidende personell - § 25 i helsepersonelloven

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

Dersom pasienten har gitt samtykke til at oppfølging av barnet skal skje, kommer § 25 nytt tredje ledd, til anvendelse.

Er det nødvendig å informere samarbeidende personell for å kunne ivareta barnets behov, vil man kunne gjøre dette når pasienten ikke motsetter seg det.

Med samarbeidende personell menes for eksempel helsepersonell i andre avdelinger i sykehus, helsepersonell utenfor sykehuset eller personell i andre virksomheter som trenger opplysninger for å ivareta barnas behov. Også andre enn helsepersonell kan være samarbeidende personell. Eksempelvis kan nevnes den barneansvarlige, som ikke nødvendigvis trenger å være helsepersonell. Eksempel på annet personell i andre virksomheter kan være lærere som følger opp barna. Samarbeidende personell får da tilsvarende taushetsplikt som helsepersonellet<sup>8</sup>.

Pasienten skal være kjent med at informasjon gis til samarbeidende personell. Dersom pasienten ikke motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger om pasienten gis. Loven viser altså til at opplysninger kan gis så langt pasienten ikke uttrykker at opplysninger ikke skal gis ut.

Det er kun opplysninger som er nødvendige for å ivareta behovene til pasientens barn som kan gis. Nødvendige opplysninger kan være at pasienten har barn, alderen til barna, om det finnes andre omsorgspersoner, generell informasjon om tilstanden til pasienten og andre opplysninger som er nødvendige for å koordinere det som helsepersonellet gjør for å ta vare på barna. Det skal normalt ikke gis detaljert informasjon om behandlingen eller helse-tilstanden til pasienten.

---

<sup>8</sup> Jf. helsepersonelloven § 25 siste ledd

## 7. Vedlegg

Vedleggene er ment som praktiske eksempler og hjelpemidler som kan lette arbeidet med å gi informasjon og nødvendig oppfølging til barn som pårørende. De påfølgende sider viser eksempler på:

- Samtykkeerklæring til å gi informasjon (vedlegg 1)
- Samtykkeerklæring til oppfølging av mitt barn (vedlegg 2)
- Kartleggings skjema barn 0-18 år til bruk i samtale med foreldre som mottar helsehjelp (vedlegg 3)
- Mal for bekymringsmelding til barneverntjenesten (vedlegg 4)

**Elektronisk versjon kan hentes fra Helsedirektoratets nettsider: [www.helsedir.no](http://www.helsedir.no)**

## Samtykke til å gi informasjon

Navn:

Fødselsdato:

.....

Jeg samtykker til at .....gir informasjon om den situasjonen jeg og mine barn er i, til de instanser eller de personer jeg her gir tillatelse til.

Jeg tillater at følgende informasjon kan gis:

Alt som anses nødvendig

Begrenset informasjon. Følgende kan informeres om:

.....  
.....  
.....  
.....

Sett kryss ved det som tillates:

- Barnehagen til.....
- Skolen til.....
- Pedagogisk psykologisk tjeneste i.....
- Helsestasjon i .....
- Helsesøster i.....
- Barneverntjenesten i .....
- Psykisk helsevern for barn og unge .....
- Andre.....

**Dette samtykket gjelder for følgende tidsrom, eller frem til jeg trekker samtykket tilbake.**

- Gjelder sykdomsperiode**
- Gjelder frem til.....**

**Dato:..... Foresatt.....**

**Dato:.....Foresatt.....**

**Samtykkeerklæringen er underskrevet i nærvær av:**

.....



## Samtykke til oppfølging av mitt barn

Barnets navn:.....

Fødselsdato:.....

Jeg samtykker til at ..... tar kontakt med de instanser jeg her gir tillatelse til, for at mitt barn kan få nødvendig oppfølging/ henvisning.

Skriv inn hvilke instanser som skal kontaktes:

.....  
.....  
.....  
.....

Dato:..... Foresatt.....

Dato:.....Foresatt.....

Samtykkeerklæringen er underskrevet i nærvær av:

.....

## Kartlegging av barn 0 – 18 år når foreldre mottar helsehjelp

Fyll ut ett skjema for hvert barn - som journalføres

Pasientens navn og fødselsnummer:	Virksomhet: Dato: Skjema er fylt ut av:
	Sivilstand: Antall barn: Venter du barn?
Den andre forelderens navn fødselsdato adresse telefon	
Barnets navn fødselsdato adresse telefon	
Søsken, navn og alder?	
Hvem bor barnet fast hos? -foreldreansvar -samværsordninger	
Hvem bor i husstanden sammen med barnet?	
Hvem ivaretar barnet dersom du er innlagt?	
Har barnet andre nære viktige personer?	
Hvor er barnet på dagtid?	
Vet barnet at du mottar hjelp for dine helseproblemer / vet barnet at du er innlagt?	
Har barnet ditt fått informasjon om din tilstand?	

Er du bekymret for barnet ditt?	
Har barnet kontakt med hjelpe- og tiltaksapparatet?	
Ønsker du kontakt med noen i hjelpeapparatet når det gjelder barnet ditt?	

Er det andre opplysninger om barnet/familien du mener vi bør ha?

## Bekymringsmelding til barneverntjenesten

Barnets navn: Adresse: Personnummer
Mors navn: Privat telefonnummer: Adresse: Personnummer
Fars navn: Privat telefonnummer: Adresse: Personnummer
Søsken: (Navn og alder)
Barnet bor hos:
Meldingsinstans: Adresse: Telefon: E-post: Kontaktperson <ul style="list-style-type: none"><li><i>Kontaktpersonen skal kjenne bakgrunnen for meldingen og skal kunne kontaktes ved behov for utdyping av meldingen.</i></li></ul>
Etnisk bakgrunn/nasjonalitet: <ul style="list-style-type: none"><li><i>Behov for tolk?</i></li></ul>
Melders bekymringspunkter: <ul style="list-style-type: none"><li><i>Beskriv observasjoner knyttet til hendelser, utsagn og situasjoner som vekker bekymring enten ved foreldrefungeringen eller hos barnet</i></li><li><i>Fylles ut selv om det vedlegges referater fra samtaler eller lignende.</i></li></ul>
Melders vurderinger: <ul style="list-style-type: none"><li><i>Melders oppfatning av situasjonens alvorlighetsgrad</i></li></ul>
Foresatte skal som hovedregel informeres: <ul style="list-style-type: none"><li><i>Er foresatte orientert om at meldingen sendes?</i></li><li><i>Er foresatte gjort kjent med at innholdet i meldingen sendes?</i></li><li><i>Samtykker foreldrene til at meldingen sendes?</i></li></ul>
Unntak for å informere foresatte om bekymringen eller kontakt med barneverntjenesten: <ul style="list-style-type: none"><li><i>Gjelder ved mistanke om overgrep eller alvorlig mishandling</i></li></ul>





**Hva har egentlig skjedd?**  
**Er noe av dette min skyld? Kan jeg også bli syk? Hvorfor klarer jeg ikke sove? Hvorfor har jeg problemer med å konsentrere meg? Blir mor/far sykere om jeg blir lei meg eller sint på dem? Hvem skal passe på mor/far mens jeg er på skolen? Hva skal jeg si til venner? Hvorfor tenker jeg annerledes enn søsknene mine?**

Helsedirektoratet  
Pb. 7000 St Olavs plass, 0130 Oslo  
Tlf.: 810 20 050  
Faks: 24 16 30 01  
[www.helsedirektoratet.no](http://www.helsedirektoratet.no)

