



UIT

NORGES
ARKTISKE
UNIVERSITET

Det juridiske fakultet

Helsepersonells plikt til å ivareta barn når en forelder er psykisk syk

—
Eystein Magnus Hansen

Liten masteroppgave i rettsvitenskap vår 2015

Antall ord: 13406



INNHOLDSFORTEGNELSE

1 INNLEDNING

1.1 VALG AV TEMA	s. 4
1.2 METODE OG RETTSKILDER	s. 5-8
1.3 OPPGAVENS STRUKTUR	s. 8-9

2 BARNETS BESTE SOM PRINSIPP OG KRAVET OM FORSVARLIGHET

2.1 INNLEDNING	s. 10
2.2 BARNETS BESTE OG FORHOLDET TIL HLSPL § 10 A	s. 10-12
2.3 KRAVET OM FORSVARLIGHET OG FORHOLDET TIL HLSPL § 10 A	s. 12-13
2.3.1 <i>Gjelder kravet om forsvarlighet for helsepersonell som ivaretar barn etter hlspl § 10 a?</i>	s. 13-14
2.3.2 <i>Hvilken standard vil kunne kreves for forsvarlighet i forhold til hlspl § 10 a?</i>	s. 14-16
2.3.3 <i>Forholdet mellom kravet til forsvarlighet i virksomheten og hos den enkelte</i>	s. 16-17
2.3.4 <i>Vil kravet til innrettelse kunne bety at helsepersonell skal henvisse til andre yrkesgrupper?</i>	s. 17-18

3 FORHOLDET MELLOM FORELDRENES OG STATENS ANSVAR

3.1 INNLEDNING	s. 19
3.2 FORELDRENES ANSVAR FOR BARN I PERSONLIGE FORHOLD	s. 19-20
3.3 STATENS SUBSIDIÆRE ANSVAR OVERFOR BARN	s. 21-22

4 HELSEPERSONELLS PLIKT TIL Å IVARETA BARN ETTER HLSPL § 10 A NÅR EN FORELDER ER PSYKISK SYK

4.1 HELSEPERSONELLETS ANSVAR FOR BARN AV PSYKISK SYK	s. 23
4.1.1 <i>Hvilket helsepersonell omfattes av pliktene i hlspl § 10 a første og tredje ledd?</i>	s. 23-24
4.1.2 <i>Forholdet mellom foreldrenes bestemmelsesrett og helsepersonellets ansvar</i>	s. 24-25
4.1.3 <i>Hvilket helsepersonell omfattes ikke av bestemmelsen?</i>	s. 25-26
4.1.4 <i>Hvilke personell omfattes av samarbeidende personell i hlspl § 25?</i>	s. 26-27
4.2 REKKEVIDDEN FOR VILKÅRET OM PSYKISK SYKDOM	s. 28-29
4.3 ER VILKÅRET OM PSYKISK SYKDOM OGSÅ OPPFYLT VED DØDSFALL SOM FØLGE AV SYKDOMMEN?	s. 29-31
4.4 HVILKE BARN OMFATTES AV BESTEMMELSEN?	s. 31-32
4.5 DERSOM BARN IKKE ØNSKER Å MOTTA INFORMASJON FRA HELSEPERSONELLET	s. 32-33
4.6 SKAL HELSEPERSONELLET ELLER FORELDRENE GI INFORMASJON TIL BARNET?	s. 34-35
4.7 FORMKRAV TIL INFORMASJON I SAMTALE OM BARNES BEHOV NÅR BARNET DELTAR I SAMTALEN	s. 35-36
4.8 FORMKRAV TIL INFORMASJON ETTER HLSPL § 10 A TREDJE LEDD BOKSTAV C	s. 36-37
4.9 HVILKEN INFORMASJON SKAL GIS?	s. 37-39
4.10 GRENSER FOR SAMTYKKE OM INFORMASJON	s. 39-40
4.11 OPPSUMMERING	s. 40-41

FORTSETTELSE INNHOLDSFORTEGNELSE

5 KILDER

6.1 LITTERATUR	s. 42-43
6.2 LOVER	s. 43
6.3 HØYESTERETTSPRAKSIS	s. 43
6.4 INTERNASJONALE KONVENSJONER	s. 43
6.5 OFFENTLIGE DOKUMENTER	s. 44
6.6 FNS BARNEKOMITE	s. 45
6.7 NETTDOKUMENTER	s. 45

1. INNLEDNING

1.1 Valg av tema

I en utredning om bedre beskyttelse av barns utvikling vises det til forskning som tyder på at barn er sårbare ved at deres utvikling kan avhenge av den omsorgen de får av foreldrene.¹ En gruppe barn der foreldrene har en ekstra utfordring med å gi omsorg, er barn av psykisk syke foreldre.² I 2008 viste statistikk fra SINTEF at et nasjonalt minimumsanslag på omfanget av barn og unge med omsorgspersoner i behandling i psykisk helsevern for voksne, var på 65000.³ Når foreldrene er psykisk syke, tyder forskning på at barn har en forhøyet risiko for omsorgssvikt, og risiko for at barnet selv i voksen alder skal utvikle psykiske lidelser.⁴ Selv om foreldre er fysisk tilstede, kan de være emosjonelt utilgjengelig. Dette kan gi barnet en følelse av sorg.⁵ Å ikke vite hva den psykiske sykdommen innebærer kan gi barnet bekymringer og uro.⁶ Videre kan barn selv påta seg en omsorgsrolle for foreldrene som kan være krevende og et alt for stort ansvar.⁷ I følge denne forskningen kan dermed noen barn av psykisk syke foreldre ha særlige behov, og være en gruppe barn med risiko for omsorgssvikt.⁸

Oppfølging av barn som pårørende var en lovendring i helsepersonelloven som trådte i kraft 1. januar 2010.⁹ Bestemmelsen jeg vil fokusere på i oppgaven er plikten for helsepersonell til å ivareta barn slik lovendringen innførte i helsepersonelloven (hlspl) § 10 a.¹⁰ Pliktene i hlspl § 10 a for helsepersonell har både preg av omsorg og beskyttelse for barnet og vil derfor være rettigheter for barnet til å bli ivaretatt av helsepersonellet. En sykdomsgruppe bestemmelsen omfatter er pasienter med psykisk sykdom. På grunn av den sårbare situasjon barn av psykisk syke kan komme i, har jeg derfor valgt å se på hvilken plikt helsepersonell har overfor barn når en forelder er psykisk syk.¹¹

¹ NOU 2012: 5 s.21.

² Med psykisk sykdom menes de sykdommer i WHO ICD-10 (2009) som omfatter psykiske lidelser og atferdsmessige forstyrrelser.

³ SINTEF (2008) s. 21.

⁴ Folkehelseinstituttet (2011) s. 32-33.

⁵ Mordoch og Hall (2002) s. 209-210.

⁶ Kufås, Lund og Myrvoll (2004) s. 44-45.

⁷ Ali, Ahlström, Krevers og Skärsäter (2012) s. 616.

⁸ Se også Haugli (2010) s. 23 som omtaler barn av psykisk syke foreldre som en "dobbel sårbar gruppe".

⁹ Lov 19. juni 2009 nr. 70 om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørande).

¹⁰ Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

¹¹ Med pliktene til helsepersonell overfor barn vil det i oppgaven menes mindreårige barn fra 0-17.

1.2 Metode og rettskilder

Rettskildematerialet vil bli tilnærmet etter den tradisjonelle rettsdogmatiske metode slik den er beskrevet av Torstein Eckhoff.¹² I det følgende vil det beskrives noen metodiske og rettskildemessige problemstillinger som er særlig aktuelle i tolkningen av hlspl § 10 a.

Da rettskildematerialet også omfatter internasjonale konvensjoner, vil disse tolkes etter reglene i Wien-konvensjonen om tolkning av traktater av 23. mai 1969 som er ansett som folkerettslig sedvane for de partene som ikke har ratifisert konvensjonen.¹³ Utgangspunktet for tolkning er den naturlige forståelsen av ordene med støtte i konteksten, konvensjonens gjenstand og formål, jf. konvensjonens artikkel 31.

Oppgaven ser på helsepersonellens plikt til å ivareta barn av psykisk syke foreldre med utgangspunkt i hlspl § 10 a. Plikten vil problematiseres ut fra barns rett til omsorg og beskyttelse. Formålet vil være "... å beskrive, forklare og forstå barns rettslige stilling, med særlig sikte på å bedre barns stilling i retten og i samfunnet".¹⁴ Betydningen for oppgaven vil være at det er helsepersonells plikt overfor barnet som er fokuset i oppgaven og ikke helsepersonellens plikter overfor den psykisk syke pasienten.

En metodisk utfordring i forhold til tolking av hlspl § 10 a er at det ikke eksisterer høyesterettspraksis for helsepersonells plikt til å ivareta barn etter hlspl § 10 a. Det eksisterer heller ikke relevant Høyesterettspraksis. Det vil bety at det er færre rettskilder å støtte seg til i lovtolkningen. Den relative vekten til de andre rettskildene vil derfor være tyngre.

En problemstilling i rettskildene er det generelle ansvaret staten har overfor barn som fremgår av de inkorporerte forpliktelsene i barnekonvensjonen (bk).¹⁵ Ved motstrid skal bestemmelsene i bk gå foran annen lovgivning, jf. menneskerettighetsloven § 3, jf. § 2.¹⁶

FNs barnekomite (barnekomiteen) utgir generelle kommentarer til bk om tolkning av enkelte artikler eller særlige viktige spørsmål. Dette gjøres med hjemmel i bk artikkel 43 nr. 8, jf.

¹² Eckhoff (2001)

¹³ Norge har ikke ratifisert Wien konvensjonen.

¹⁴ Haugli (2000) s. 434.

¹⁵ Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre (barneloven) og FN-Konvensjon om barns rettigheter av 20. november 1989 (bk).

¹⁶ Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrkning av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)

Rule 72 i "Provisional rules of procedure" 25. april 2005.¹⁷ Kommentarene er relevante som veiledning om bestemmelsene i bk sitt innhold.¹⁸ Kommentarene er ikke bindende lovgivning ("soft law"), men har autoritetsverdi på grunn av den anerkjente kompetansen til de sakkyndige i barnekomiteen på området som omfattes av bk, jf. bk artikkel 43 nr. 2. Selv om man ikke er forpliktet av de generelle kommentarene, vil de altså være relevante tolkningsmomenter for bestemmelsene i barnekonvensjonen.

I Rt. 2009 s. 1261 drøftes betydningen av de generelle kommentarene. Høyesterett tolker forarbeidene til endringer i bl. Forarbeidene omtaler at fordi FNs barnekomite er et ekspertorgan som tolker barnekonvensjonen, så bør det legges relativt stor vekt på uttalelsene ved tolkning og anvendelse av konvensjonens bestemmelser.¹⁹ I dommens avsnitt 44 påpekes det at det formelle grunnlaget for at en uttalelse er gitt, har en viss betydning for vekten uttalelsen skal tillegges. Høyesterett føyer til at det avgjørende vil være hvor klart uttalelsen anses for å gi uttrykk for overvåkningsorganenes forståelse av partenes forpliktelser etter konvensjonene. Uttalelsen er et obiter dictum fra flertallet. Det Høyesterett argumenterer for er at vekten til de generelle kommentarene som argumenter vil variere med hvor relevant de generelle kommentarene er til å tolke bestemmelsene.

En nyere dom Rt. 2015 s. 93 som var uten dissens og der tolkningen av de generelle kommentarene var en del av ratio decidendi, viderefører rettspraksisen fra 2009. I dommens avsnitt 63 begynner dommeren på en tolkning av Kongeriket Norges Grunnlov (Grl) § 104, angående barnets beste i bestemmelsen.²⁰ I avsnittet viser Høyesterett at bestemmelsen har sin parallell i bk artikkel 3 nr. 1 som også omhandler barnets beste. Høyesterett tar så i avsnitt 64 utgangspunkt i en generell kommentar fra barnekomiteen.²¹ Høyesterett stadfester at barnekomiteens uttalelse er av særlig relevans for tolking av bk artikkel 3 nr. 1, og dermed også tolkning av Grl § 104 andre ledd. Til støtte for dette viser man til at de generelle kommentarene fra barnekomiteen redegjør for bk artikkel 3 nr. 1 sin bakgrunn og funksjon og foretar en gjennomgang av tolkningsspørsmål. Dette er i tråd med praksisen fra Rt. 2009 s. 1261 ved at man viser til at dette er en klar uttalelse som gir uttrykk for forståelsen av bestemmelsen. Når relevansen er stadfestet, utgjør det barnekomiteen gir uttrykk for etter

¹⁷ CRC/C/4 (2005)

¹⁸ Smith (2012) s. 25.

¹⁹ Ot.prp. nr. 104 (2008-2009) s. 26.

²⁰ Kongeriket Norges Grunnlov 17. mai 1814

²¹ FNs barnekomite general comment No. 14 (2013)

Høyesteretts dommernes syn, et naturlig utgangspunkt for tolkningen av bk artikkel 3 nr. 1 og Grl § 104.

Det resterende av avsnitt 64 i dommen drøfter de særlige utfordringene ved at Grl § 104 er ment som en parallell til bk artikkel 3 nr. 1, og er et selvstendig uttrykk for denne menneskerettigheten som det er Høyesterett som har ansvaret for å tolke, avklare og utvikle. Det vises til en rapport i forbindelse med lovforarbeidene, at menneskerettighetskomiteen valgte å utforme Grl § 104 andre ledd etter mønster av bk artikkel 3 nr. 1 for å kunne trekke vekslers på internasjonal tolkningspraksis. Derfor vil de generelle kommentarene fra barnekomiteen om artikkel 3 nr. 1, kunne benyttes som et støtteargument for Høyesteretts selvstendige tolkning av Grl § 104.

Det som kan utledes av denne rettspraksisen er at barnekomiteens uttalelser først og fremst må vurderes for relevans i forhold til om det er en klar uttalelse om tolkningsspørsmål. Er barnekomiteens generelle kommentarer relevante, så har de relativ stor vekt. Er de generelle kommentarene klart relevante som tolkingsuttalelser spesifikt for den bestemmelsen man tolker, vil de danne et naturlig utgangspunkt for tolkningen.

Krav til forsvarlighet for den enkelte helsearbeider kommer til uttrykk i hlspl § 4, og for driften av helsevirksomhet som helhet i helse- og omsorgstjenesteloven (hol) § 4-1 og i spesialisthelsetjenesteloven (sphls) § 2-2.²² Krav om forsvarlighet i hlspl § 4 er ifølge forarbeidene en rettslig standard.²³ Det er noen særegne metodiske utfordringer knyttet til denne rettslige standarden for helsepersonell.

Den rettslige standarden for hva som er forsvarlig vil variere med fagområde og med kunnskapsutviklingen og kravet til kompetanse for den enkelte yrkesutøver. Rettslige standarder har i juridisk litteratur også blitt omtalt som god skikk regler.²⁴ Hva som er god skikk for helsepersonell på ulike områder, kommer til uttrykk i yrkesetiske regler hos de forskjellige yrkesgruppene i helsesektoren. I oppgaven er det et metodisk valg at det vil bli fokusert på helsepersonell som typisk kommer i kontakt med barn som er pårørende av

²² Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester og Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m.

²³ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 37.

²⁴ Nygaard (2004) s. 190.

psykisk syke foreldre. Dette vil være leger, sykepleiere og psykologer. Av de tre yrkesgruppene har kun sykepleiere en yrkesetisk regel som omhandler barn som pårørende.²⁵ De yrkes spesifikke etiske reglene er derfor ikke av stor relevans og det er mer snakk om generelle etiske prinsipper som vil bli benyttet i tolkningen av kravet til forsvarlighet i forhold til å ivareta barn som pårørende. Yrkesetiske regler som ikke er formell lov, vil måtte vike om lovbestemmelsen sier noe annet.²⁶ Generelle etiske prinsipper er likevel av relevans i forhold til tolkning av krav til forsvarlighet for helsepersonell og vil kunne være reelle hensyn i slike tilfeller.²⁷

Et annet relatert tema er betydningen av rundskriv i forhold til å tolke faglig forsvarlighet. I juridisk litteratur argumenteres det for at i helsesektoren utgis det noen ganger rundskriv som er å betegne som faglige veiledere og at disse vil være viktige kilder for når det skal avgjøres hva som er faglig forsvarlig.²⁸ Jeg er enig i en slik argumentasjon. De rundskriv som betegnes som faglige veiledere, vil være utarbeidet av personer med særlig kompetanse vedrørende de spørsmål som rundskrivene omhandler. Da det faglige forsvarlige har et preg av subjektiv karakter, vil innholdet være avhengig av hva som er rådende oppfatning. Således er rundskriv som faglige veiledere relevant som et tolkningsmoment av normene om hva som er faglig forsvarlig. Med andre ord, slike rundskriv er ikke en primærkilde og vil måtte ha støtte i formell lov. Det er derfor bare støtteargumenter som kan utledes av dem.

1.3 Oppgavens struktur

Oppgaven er strukturert slik at i kapittel 2 ses det på barnets beste som prinsipp og om det vil være relevant for vilkårene i hlspl § 10 a. Etter dette ser jeg på verdivurderingen i barnets beste når prinsippet brukes på hlspl § 10 a.

Videre i kapittelet ses det på kravet til forsvarlighet og forholdet til hlspl § 10 a. Det som drøftes er om kravet om forsvarlighet vil gjelde for helsepersonell som ivaretar barn etter hlspl § 10 a, hvilken standard som i så fall kan kreves, forholdet mellom forsvarlighet hos den enkelte og virksomheten, og om kravet om innrettelse vil bety at helsepersonell skal henvise til andre yrkesgrupper.

²⁵ Norsk sykepleierforbund (2011) punkt 3.2, for sammenligning se Den norske legeforening (2014) og Norsk psykologforening (1998)

²⁶ Molven (2012) s. 74.

²⁷ Molven (2012) s. 75.

²⁸ Molven (2012) s. 41.

I kapittel 3 forklares det kort forholdet mellom foreldrene og statens ansvar. Dette danner det nødvendige grunnlaget for å diskutere helsepersonellens ansvar.

I kapittel 4 drøftes så helsepersonells plikt til å ivareta barn etter hlspl § 10 a når en forelder er psykisk syk. Her problematiserer jeg rekkevidden for helsepersonells ansvar for barn av psykisk syk og rekkevidden av når psykisk sykdom vil føre til en plikt til å ivareta barnet. Jeg ser så på hvilke barn som vil omfattes av bestemmelsen og barns medbestemmelsesrett. Til slutt problematiserer jeg når og hvordan helsepersonell skal gi informasjon til barn og grensene for samtykke om informasjon. Avslutningsvis tar jeg en oppsummering av drøftingen rundt hlspl § 10 a.

2. BARNETS BESTE SOM PRINSIPP OG KRAVET OM FORSVARLIGHET

2.1 Innledning

Hlspl § 10 a inneholder krav om å dekke behov for informasjon og å gi den oppfølging som er nødvendig. I disse kravene ligger det verdimeslige prioriteringer av barns behov. I det videre beskrives prinsippet om barnets beste og hvordan det har betydning for tolkning av bestemmelsene i hlspl § 10 a. Kravet om forsvarlighet er et hovedprinsipp i helseretten og det vil derfor drøftes hvordan kravet til forsvarlighet relaterer seg til hlspl § 10 a.

2.2 Barnets beste og forholdet til hlspl § 10 a

Barnets beste som prinsipp er et samlebegrep for en rekke verdivurderingen som tar sikte på å vurdere hva som er til beste for barnet. For eksempel det biologiske prinsipp som tillegger verdi til å vokse opp sammen med sine biologiske foreldre, og som også kan vurderes til å være til barnets beste. Hvilke verdier som gjør seg gjeldende vil avhenge av situasjonen prinsippet blir tolket i forhold til. Begrepet må derfor presiseres i forhold til rettsspørsmålet det benyttes på.

Omfattes informasjon og nødvendig oppfølging av helsepersonell i hlspl § 10 a av barnets beste som prinsipp?

Grl § 104 andre ledd og bk artikkel 3 nr.1 er de to relevante bestemmelsene som uttrykker barnets beste og som vil ha relevans til hlspl § 10 a. Ordlyden i bestemmelsene er relativt like, men ordlyden i bk artikkel 3 nr. 1 er mer spesifikk med hensyn til hvilke handlinger som vil omfattes av prinsippet. Dette må ses i sammenheng med at Grunnloven er ment som den overordnede og grunnleggende loven i rettssystemet i Norge. Den vide ordlyden "handling" vil kunne utvikle seg i takt med tiden. I forarbeidene nevnes det at barnets beste som et prinsipp ut over foreldreansvaret "... kan og bør fastsettes i Grunnloven uten at det endrer dagens rettstilstand."²⁹ Handlinger etter Grl § 104 vil derfor omfatte handlingene som beskrevet i bk artikkel 3 nr. 1:

"In all actions concerning children, whether undertaken by public or private social welfare

²⁹ Innst. 186 S (2013-2014) s. 30.

institutions, courts of law, administrative authorities or legislative bodies, the best interests of the child shall be a primary consideration."

Alle handlinger er etter ordlyden et vidt begrep. I en relevant uttalelse direkte om ordlyden i bestemmelsen, uttaler barnekomiteen under tolkning av "in all actions" at ordet action omfatter mer enn bare beslutninger, det inkluderer også "acts, conduct, proposals, services, procedures and other measures."³⁰ Det er derfor klart at også å gi barnet informasjon eller følge det opp i denne forbindelse vil være en handling etter bestemmelsen.

Bestemmelsen går på statenes forpliktelser etter konvensjonen og det er derfor naturlig at ordlyden nevner institusjoner. Hvor langt begrepet rekker uttaler også barnekomiteen seg om i en tolkningsuttalelse ved at også private tilbydere som et alternativ til statens offentlige tjenester, vil omfattes.³¹

Helsepersonell vil representere staten gjennom deres arbeid i det offentlige. Også helsepersonell i det private vil omfattes så lenge de tilbyr en tjeneste som vil være et alternativ til statens tjenester. Eksempelvis i en privat legepraksis. Dette tilsier at barnets beste er et grunnleggende hensyn også når det gis informasjon eller nødvendig oppfølging i hlspl § 10 a, jf. Grl § 104 og bk artikkel 3 nr. 1.

Hvilke verdivurderinger ligger til grunn når barnets beste tolkes etter hlspl § 10 a?

Barnets beste som prinsipp kommer ikke direkte til uttrykk i ordlyden i hlspl § 10 a eller i hlspl generelt. I forarbeidene vises det til bk artikkel 3 nr. 1 og at å bruke prinsippet innebærer å konkret vurdere individuelt hva som er til beste for det enkelte barn. Det vises så til formålet med lovendringene om å sikre barnet sine interesser og behov når foreldre er syke før det utdypes enda mer konkret:

"Helsepersonellet skal difor ta utgangspunkt i behova til barnet ved samtalar, rådgjeving og vurdering av tilvising til andre tenester. Når det gjeld spørsmålet om kor mykje informasjon om pasienten barnet skal få mot pasienten sin vilje, er det svært vanskeleg på generelt grunnlag å konkludera med kva som vil vera til

³⁰ FNs barnekomite general comment No. 14 (2013) avsnitt 17.

³¹ FNs barnekomite general comment No. 14 (2013) avsnitt 26.

*barnets beste. I nokre tilfelle vil det å dela informasjon vera til barnets beste, medan det i andre tilfelle kan føra til større splitting i familien."*³²

Barnets beste i hlspl § 10 a vil være knyttet mot formålet om å sikre barn sine interesser og behov når foreldrene er syke. Som nevnt i innledningen har barn av psykisk syke forhøyet risiko for omsorgssvikt, barnet kan få en følelse av sorg, bekymring og uro, og kan påta seg en omsorgsrolle selv som er alt for krevende. Det er i forhold til slik innsikt om barns behov når foreldrene er psykisk syke, at man vurderer hva som er til beste for barnet i hlspl § 10 a. At helsepersonellet skal ta utgangspunkt i behovet til barnet, er en verdimesig prioritering ved at det er barnets behov som søkes dekket, og ikke først og fremst pasientens. Videre i sitatet overfor går man inn på kjernen der barnets beste vil være særlig relevant, nemlig når informasjon skal gis mot pasientens vilje. I forarbeidene nevnes det at det noen ganger ikke vil være til barnets beste å dele informasjon fordi dette kan føre til ytterligere splittelse av familien.³³ Dette kan ikke tolkes slik at man alltid ikke skal gi informasjon om det er fare for å splitte familien. Vurderingen vil innebære å ta stilling til hva som overordnet er til barnets beste i en konkret situasjon siden det er barnet og dets behov som er utgangspunkt for vurderingen.

2.3 Kravet om forsvarlighet og forholdet til hlspl § 10 a

I helseretten er det et hovedprinsipp at helsehjelpen som ytes skal være forsvarlig. Prinsippet er det som i juridisk litteratur drøftes at særlig bygger på det etiske prinsippet "... om å gjøre det som gagnar pasienten og som ikke skader."³⁴ Dette etiske prinsippet må kunne sies blant annet å bygge på den tilliten pasienten har gitt ved å samtykke til helsehjelp. Kravet om forsvarlighet må ses i forhold til dette tillitsforholdet. Prinsippet kommer til uttrykk i hlspl § 4 for det enkelte helsepersonell og sphlsl § 2-2 og hol § 4-1 for helsevirksomhet. Kravet om forsvarlighet er en rettsregel som vil variere med rettsområdet kravet stilles på. Eksempelvis vil det i forvaltningsretten være mer tyngde på å klarlegge fakta som en del av forsvarlig saksbehandling, mens i helseretten vil forsvarlighetskravet rette seg mer mot selve ytelsen i form av helsehjelpen. Et generelt trekk ved forsvarlighet er at hensynet til ressursbruk vil være et hensyn mot å trekke kravet om forsvarlighet for langt. I forhold til helseretten betyr dette at kravet til forsvarlig helsehjelp vil være en minstestandard og ikke det maksimale som

³² Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 36.

³³ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 36

³⁴ Molven (2012) s. 127.

kan oppnås for den enkelte pasient siden dette vil være sløsing av ressurser for pasientene totalt sett.

2.3.1 Gjelder kravet om forsvarlighet for helsepersonell som ivaretar barn etter hlspl § 10 a?

Det første som må avklares er om forsvarlighetskravet gjelder for helsepersonell som skal ivareta barn som pårørende når de blir informerte eller gitt nødvendig oppfølging, og om det gjelder når også andre omsorgspersoner inkluderes i samtaler med helsepersonellet.

Hlspl § 4 første ledd og andre ledd første punktum er av relevans, siden å snakke med barnet som pårørende neppe kan sies å være en undersøkelse eller en behandling av pasienten etter tredje ledd. Hlspl § 4 første og andre ledd lyder:

"Helsepersonell skal utføre sitt arbeid i samsvar med de krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp som kan forventes ut fra helsepersonellets kvalifikasjoner, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig.

Helsepersonell skal innrette seg etter sine faglige kvalifikasjoner, og skal innhente bistand eller henvise pasienter videre der dette er nødvendig og mulig. "

I sin natur er helsehjelp først og fremst den som gis til pasienter. Dette innebærer at forsvarlighetskravet i utgangspunktet retter seg mot helsehjelpen til pasienter. Hlspl § 10 a er et unntak fra dette utgangspunktet ved at helsehjelpen som ytes er til den mindreårige pårørende. Men det er åpenbart at å "utføre sitt arbeid" omfatter all helsehjelp som er en del av arbeidet til helsepersonellet. Legaldefinisjonen av helsehjelp i hlspl § 3 tredje ledd er også vid:

"Med helsehjelp menes enhver handling som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål og som utføres av helsepersonell."

At helsepersonell gir barn informasjon og følger dem opp om nødvendig for å ivareta behovene deres er handlinger med omsorgsformål. Når det på denne måten ytes helsehjelp, er det naturlige spørsmålet om barna i disse situasjonene er pasienter? Legaldefinisjonen av pasienter i pasrl § 1-3 a lyder:

"pasient: en person som henvender seg til helse- og omsorgstjenesten med anmodning om helsehjelp, eller som helse- og omsorgstjenesten gir eller tilbyr helsehjelp i det enkelte tilfelle;"

Når barnet blir gitt eller tilbydd helsehjelp vil det altså være en pasient. For en omsorgsperson som tilbys å ta del i en samtale om barns informasjon og oppfølgingsbehov, vil dette være en handling som har preg av å være forebyggende og har omsorgsformål i form av å hjelpe omsorgspersonen til å forstå barnets behov. Dermed ytes det helsehjelp og i det enkelte tilfellet er omsorgspersonen en pasient. Med dette som bakgrunn vil forsvarlighetskravet første og andre ledd gjelde også i forhold til pliktene helsepersonell har etter hlspl § 10 a.

2.3.2 Hvilken standard vil kunne kreves for forsvarlighet i forhold til hlspl § 10 a?

Det man kan trekke ut av ordlyden i hlspl § 4 første og andre ledd er at kravet til forsvarlighet er relativt etter kvalifikasjon, arbeidets karakter og situasjonen for øvrig. Til faglig kvalifikasjon er det også knyttet en plikt til å innrette seg etter denne slik at man ikke går ut over sin kompetanse.

I forarbeidene utdypes det om begrepet forsvarlighet:

"I begrepet forsvarlighet ligger en faglig og rettslig norm for hvordan den enkeltes yrkesutøvelse bør utøves i ulike sammenhenger. I juridisk terminologi er begrepet en rettslig standard. Det vil si at det er en norm med både objektive og subjektive elementer, som innebærer at den kan defineres ulikt på bakgrunn av hva som er rimelig å forvente. Det innebærer at den kan gis forskjellig innhold for de ulike grupper helsepersonell, i ulike situasjoner, og at innholdet i normen vil forandre seg over tid."³⁵

De yrkesetiske reglene vil gi normer for hvordan man bør utøve yrket og hva som er rimelig å forvente. Som diskutert i metode delen, er dette en form for god-skikk vurdering. For rettens del vil de objektive kriteriene gå på om skikken passer med den formelle loven og om det gir en god løsning. Begrepet faglig forsvarlighet vil ha både objektive og subjektive elementer. Det er på det rene at å skade noen ikke er en del av hva som er faglig forsvarlig, men samtidig

³⁵ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s.34

er det mange behandlingsmetoder som det er usikkert på om faktisk hjelper eller som har risiko for å skade pasienten. Det er særlig det som er rimelig å forvente, som er av relevans i forhold til hlspl § 10 a.

I en rettslig standard om forsvarlighet ligger det en henvisning til et subjektivt element utenfor selve loven og som har preg av dynamisk utvikling. Utviklingen vil avhenge av helsefagernes kunnskap, innsikt og holdninger.³⁶ I å ha innsikt og kunnskap på fagfeltet ligger det da også nødvendigvis et krav om å holde seg oppdatert. Men historien har mange eksempler på at det som var faglig akseptert tidligere er noe man har gått bort fra senere.

Helsepersonell som behandler en pasient for en psykisk sykdom, vil ha innsikt i hva sykdommen går ut på og dermed være i stand til å informere barnet om dette. Leger og sykepleiere som behandler psykisk syke har vanligvis spesialisering i psykiatri i en vanlig behandlingsinstitusjon, men ikke nødvendigvis noen spesialinnsikt i barns behov, mestringsstrategier og utviklingsstadiet. Psykologer som behandler en voksen psykisk syk vil ofte være spesialister på voksenpsykologi. Det må likevel kunne forventes et minimum av kunnskaper om barns behov basert på den generelle kunnskap disse gruppene helsepersonell vil ha uansett om de har spesialisering innenfor barnepsykologi eller ikke.

Når det gjelder omsorgsfull hjelp kan det av ordlyden utledes at det er noe annet enn kravet om faglig forsvarlighet. Det omhandler mer enn at det teknisk utføres noe på et slikt vis at det anses som forsvarlig. At det skal være hjelp tyder på at det må være tiltak som har en positiv karakter. At det skal være omsorgsfullt peker på at det er behov som skal dekkes og på en god måte. Når man i hlspl § 10 a søker å ivareta barnets behov, så er det en form for omsorgsfull hjelp.

Også for omsorgsfull hjelp er kravet relativt, jo mer kvalifisert personellet er etter fagutdanning til å gi omsorgsfull hjelp, jo strengere krav. Jo mer situasjonen er uoversiktlig jo mindre kan det forventes at helsepersonellet er i stand til å gi omsorgsfull hjelp. For sykepleiere taler reelle hensyn

³⁶ Kjønstad (2007) S. 226-227.

Begrepene faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp henger sammen med hverandre. Om noe ikke er faglig forsvarlig er det risiko for at det ikke er omsorgsfull hjelp da man ikke lenger baserer seg på fagkunnskaper i faget sitt for den hjelpen man gir. Om noe er faglig forsvarlig i teknisk utførelse, men ikke omsorgsfullt, kan det bryte med de etiske normene for faget og således være faglig uforsvarlig helhetlig sett. I juridisk teori er det argumenter for at det faglige kravet er mer et teknisk krav, mens kravet om omsorg er et mer verdimessig krav uten at det er noe skarpt skille mellom dem.³⁷ Kravet om omsorgsfull hjelp omhandler å ville pasienten vel. Hvilke verdier som benyttes vil avhenge av hvilken omsorgsfull hjelp som kreves. Når helsepersonell i hlspl § 10 a skal ivareta barn vil verdiene om barnets beste være knyttet til kravet om forsvarlighet ved at hjelpen skal være omsorgsfull overfor barnet. Hvis hjelpen er til barnets beste er den også omsorgsfull.

2.3.3 Forholdet mellom kravet til forsvarlighet i virksomheten og hos den enkelte
Kravet om forsvarlighet gjelder ikke bare det enkelte helsepersonell, men også hele virksomheten både i primær- og spesialisthelsetjenesten. Dette følger av hol § 4-1 og sphlsl § 2-2. Felles for bestemmelsen er kravene om helhetlig og koordinerte tilbud, og at tjenesten tilrettelegges slik at helsepersonellet er i stand til å overholde sine lovpålagte plikter. For hol § 4-1 går to av forsvarlighetskravene på at dette som regel er mindre tjenester og at man må sikre et verdig tjenestetilbud og at det gis med tilstrekkelig fagkompetanse.

Dette betyr at forsvarlighetskravet til den enkelte også må ses i sammenheng med forsvarlighetskravet til virksomheten som helhet. Hvis virksomheten ikke er bygd opp forsvarlig, kan resultatet bli at helsehjelpen virksomheten er ment å gi ikke er forsvarlig.

Som en del av spesialisthelsetjenestens organisering er barneansvarlig personell etter sphlsl § 3-7 a et uttrykk for forsvarlighetskravet ved at barneansvarlig personell hjelper med å sørge for at helsepersonell er i stand til å gi mindreårige barn den oppfølging de har krav på. Barneansvarlig personell har etter sphlsl § 3-7 a et "... ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter." Bestemmelsen må ses i forhold til kravene om å ha barnansvarlig i nødvendig utstrekning. Nødvendig utstrekning sikter her til helseinstitusjonen og er en vurdering av hvorvidt det er et behov i institusjonen for

³⁷ Molven (2012) s.128.

barneansvarlig for å kunne koordinere og fremme oppfølging av barn av de sykdomsgruppene som omfattes av hlspl § 10 a. Dette er et uttrykk for at virksomheten skal være forsvarlig ved at den legges opp på et slikt vis at det er mulig for helsearbeiderne å gjennomføre sin plikt. I dette tilfelle ved at der det er behov for koordinasjon og å fremme oppfølging, så skal barneansvarlig sørge for dette.

Det kan ikke utledes av ordlyden men i forarbeidene er det ment at barneansvarlig personell også skal sikre at pasienten får tilbud om hjelp til å mestre foreldrerollen.³⁸ Dette må ses i sammenheng med at helsepersonell etter hlspl § 10 a også skal hjelpe forelderen til å utøve sitt foreldreansvar og i tillegg om nødvendig selv sørge for oppfølging om forelderen ikke er i stand til dette eller ikke ønsker det. Andre oppgaver som nevnes i forarbeidene er at barneansvarlig først og fremst skal sette arbeidet i system ved å holde helsepersonell oppdatert og fremme et barnefokus.

Det stilles ikke særskilte kvalifikasjonskrav til rollen som barneansvarlig da ansvaret og oppgaven til stillingen vil variere med lokale forhold.³⁹ Forarbeidene kan ikke tolkes som et unntak fra kravet om faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp i forsvarlighetskravet i hlspl § 1-4. Også barneansvarlig vil falle inn under definisjonen av helsepersonell om de utfører handlinger for å ivareta barns informasjonsbehov, jf. hlspl §§ 3 første ledd nr. 2 og hlspl § 3 tredje ledd. Det betyr at om barneansvarlig ansettes med oppgaver som omfatter å informere barnet så må dette gjøres med samme minstestandard for forsvarlighet som gjelder for annet helsepersonell. Det skal tas utgangspunkt i kunnskapsnivået til helsepersonellet. Et barneansvarlig personell må også antas å kunne opparbeide seg kompetanse om barns behov for informasjon hvis det er en del av yrkesoppgavene.

2.3.4 Vil kravet til innrettelse kunne bety at helsepersonell skal henviser til andre yrkesgrupper?

Hlspl § 4 andre ledd har krav om å innrette seg etter sin faglige kvalifikasjoner og sørge for henvisning eller bistand om det er nødvendig og mulig. Det betyr at det ikke er faglig forsvarlig å gå utenfor kompetansen man har om det er mulig å henviser eller få bistand. I forarbeidene er det utdypet at bestemmelsen i tillegg til videreføring av gjeldende rett er ment

³⁸ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 42.

³⁹ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 42.

som en presisering av forholdet mellom helsearbeidere.⁴⁰ Bestemmelsen er ment til å regulere forholdene mellom helsearbeiderne og at man skal innrette seg etter sin kompetanse. Hlspl § 4 andre ledd andre punktum "annet kvalifisert personell" er etter ordlyden isolert sett åpen for at man henviser også til barnevernet som vil ha særlig kompetanse på behov barn vil kunne ha etter hlspl § 10 a. Bestemmelsen må ses på som en helhet. Den reguleres i helsepersonelloven og den omhandler helsepersonells krav til forsvarlighet. Det taler for at "annet kvalifisert personell" ikke omfatter andre yrkesgrupper som for eksempel innen barnevernet. Også forarbeidene støtter en slik tolkning da psykolog, kiropraktor og jordmor brukes som eksempler på helsearbeidere som kan være kvalifiserte til å ha kompetanse og et selvstendig ansvar. Kjernen i bestemmelsen er at det er helsepersonells kompetanse som vurderes for om det er forsvarlig å behandle eller å måtte henvise. Når helsepersonell da skal gi informasjon til barn som pårørende av psykisk syk forelder, er det i kraft av den kunnskap de har om pasientens sykdom de skal vurderes i forhold til om de gir en forsvarlig hjelp. Det betyr også at den bistand de eventuelt plikter å søke er til annet helsepersonell. Opplysningsplikten til å kontakte barnevernet oppstår først når man oppdager alvorlige former for omsorgssvikt eller mishandling, jf. hlspl § 33.

⁴⁰ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 216.

3. FORHOLDET MELLOM FORELDRENE OG STATENS ANSVAR

3.1 Innledning

I det følgende vil jeg drøfte kort om foreldrenes ansvar for barn i personlige forhold før jeg ser på grensene for utøvelsen av foreldreansvaret. Jeg vil så drøfte statens subsidiære ansvar. En klargjørelse av rettstilstanden på feltet er nødvendig fordi regelsystemet om ansvar for barn er fragmentarisk og ikke finnes i en enkelt lov.

3.2 Foreldrenes ansvar for barn i personlige forhold

Foreldrene har det primære ansvaret for sine barn. Foreldrenes ansvar hjemles i bl § 30 første ledd ved at de som har foreldreansvaret har en rett og en plikt til å ta avgjørelser for barn i personlige forhold. I utredningen til nåværende barnelov ble det fremhevet at "... det først og fremst er foreldrene som har ansvaret for å sørge for barnet."⁴¹ Bl regler vil i hovedsak lede til at barnets foreldre har foreldreansvaret sammen. Gifte foreldre har foreldreansvaret sammen for de barn som er felles, jf. bl. § 34 første ledd. Separeres eller skiller man seg, kan man avtale enten felles foreldreansvar eller at en skal ha det alene. Inntil en avtale foreligger, har de ansvaret sammen, jf. bl. § 34 andre ledd. Samboende foreldre har foreldreansvar for felles barn når farskap eller medmorskap er fastsatt og foreldrene bor på samme adresse, eller erklærer i melding til folkeregistermyndighetene at de bor sammen, jf. bl §§ 35 andre ledd og § 39 siste punktum. Samboere som flytter fra hverandre er det i forarbeidene forutsatt vil ha felles foreldreansvar, med muligheten for at man eventuelt kan avtale hvem som skal ha foreldreansvaret.⁴² Når foreldrene ikke er gift eller bor sammen, har moren foreldreansvaret alene, jf. bl § 35, men også her er det mulig å avtale hvem som skal ha foreldreansvaret, jf. bl §§ 35 tredje ledd og 39.

Foreldreansvaret er ikke en uinnskrenket fullmakt. Barn har krav på omsorg og omtanke og foreldreansvaret skal utøves ut fra barnets sine interesser og behov. Barnets krav på omsorg og omtanke er både en rett for barnet og en nedre grense for utøvelsen av foreldreansvaret. Den nedre grensen for utøvelse av foreldreansvaret er relativ med barnets behov og utvikling. Etter hvert som barnet utvikler seg skal barnet bli hørt og det skal legges vekt på hva barnet mener etter alder og modenhet, jf. bl § 31. Foreldrene plikter også å gi barnet en selvbestemmelsesrett etterhvert som barnet blir eldre, jf. bl § 33. Selvbestemmelsesretten

⁴¹ NOU 1977: 35 s. 123.

⁴² Ot.prp. nr. 82 (2003-2004) s. 8.

kommer også til uttrykk i annen lovgivning som at barn har samtykkekompetanse for helsehjelp fra 16 til 18 år med mindre annet følger av særlig lovbestemmelse eller av tiltakets art, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pasrl) § 4-3 første ledd bokstav b.⁴³ I tillegg kan det sies at foreldreansvaret har preg av avtalefrihet ved at hvordan omsorgen gis er opp til foreldrene og barnet så lenge minstekravene for tilstrekkelig omsorg er oppfylt.

En absolutt nedre grense er bl § 30 tredje ledd som forbyr vold eller at barnet på annet vis blir håndtert slik at barnets fysiske eller psykiske helse blir utsatt for skade eller fare, også i forbindelse med oppdragelsen. I tredje punktum omfattes også forbudet mot psykiske krenkelser som å skremme eller plage barnet eller på annet vis være hensynsløs mot barnet. I forarbeidene utdypes det at handlinger ment for å avverge at barnet eller andre skader seg ikke omfattes av bestemmelsen i tredje ledd så lenge handlingen står i forhold til den faren som skal avverges.⁴⁴ Videre utdypes det om psykiske krenkelser at det er de handlinger "... som er egnet til å gi barnet en følelse av frykt, avmakt, skyld, skam, mindreverd eller fortvilelse, eller en grunnleggende følelse av ikke å være ønsket eller elsket."⁴⁵

En annen grense i foreldreansvaret for de med felles foreldreansvar er at mange avgjørelser kan fattes av den som barnet bor fast hos uten at den andre forelderen kan motsette seg avgjørelsen som gjelder vesentlige sider av omsorgen eller andre større avgjørelser i dagliglivet, jf. bl § 37. Avgjørelser som ikke omfatter dagliglivet vil måtte fattes i felleskap om man har felles foreldreansvar. Tilsvarende kan den av foreldrene som er sammen med barnet ta avgjørelser som gjelder omsorg for barnet under samværet jf bl § 42.

Kjernen i foreldrenes ansvar for barn i personlige forhold, er å sørge for at barnet får den omsorg og omtanke det trenger for å utvikle seg best mulig, og at man gradvis lytter mer til barnet og gir det en selvbestemmelsesrett etter hvert som utviklingen gjør at barnet er i stand til å gradvis selv å sørge for sin omsorg.

⁴³ Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter.

⁴⁴ Ot.prp. nr. 104 (2008-2009) s. 72.

⁴⁵ Ot.prp. nr. 104 (2008-2009) s. 72.

3.3 Statens subsidiære ansvar overfor barn

Selv om foreldrene har det primære ansvaret for barn, har også Norge påtatt seg et ansvar for barn gjennom menneskerettighetene. I norsk lov er noen av disse menneskerettighetene uttrykt i grunnlovsbestemmelser som i Grl § 104 tredje ledd ved plikten til å legge til rette for utviklingen til barnet og Grl § 109 ved plikten til grunnleggende opplæring for barn. I de inkorporerte menneskerettighetene og særlig i barnekonvensjonen, kommer statens ansvar overfor barn til uttrykk. Etter bk artikkel 2 nr. 1 skal man respektere og sikre alle rettighetene i barnekonvensjonen for ethvert barn, uten diskriminering. Bk artikkel 3 gir uttrykk for plikten staten har til å gi omsorg og beskyttelse som er nødvendig for barns trivsel. Prinsippet om barnets beste er også et uttrykk for ansvaret staten har for barn ved at det skal være et grunnleggende hensyn, jf. bk artikkel 3 nr. 1. Et slikt verdivalg vil være med på å sikre barnet best mulig.

Når man ser disse bestemmelsene i sammenheng med bl § 30 der foreldrene har det primære ansvaret, så er det for foreldrenes del en frihet til å utøve foreldreansvaret som de ønsker under forutsetning av at barnets rettighetene blir tilstrekkelig ivaretatt og med omsorg og omtanke. Norge har forpliktet seg gjennom bk artikkel 5 til å respektere ansvaret, retten og forpliktelsene foreldrene har for å gi veiledning og støtte til barnet tilpasset den gradvise utviklingen og evnene og anleggene hos barnet.

Generelt har staten forplikter seg til å bidra til at barnet får den omsorg det trenger gjennom bistand til foreldrene som i bk artikkel 18 nr. 2. Når det eventuelt er nødvendig har bk regler som åpner for at staten kan gripe inn mot foreldrene av hensyn til barnets beste som i artikkel 9 nr. 1.

Etter artikkel 4 har staten en plikt til å treffe tiltak for å sikre barn de rettighetene som anerkjennes i konvensjonen.

Det er mange instanser i Norge som tar seg av barn og deres omsorg. Uten å gå nærmere inn på lovverket kan det nevnes barnehage, grunnskolen og barnevernets bidrag til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Men når foreldrene ikke makter sitt omsorgsansvar, eller barnet utviser alvorlige atferdsvansker som gjør at staten vil gripe inn, er det barnevernet som er den inngripende instansen. Dette kommer for eksempel til uttrykk ved at barnevernet griper inn om barnet er uten omsorg, jf. barnevernloven (bvl) § 4-6, eller ved omsorgsovertakelse

når foreldrene ikke gir tilstrekkelig omsorg eller utøver omsorgen slik at det skader barnet, jf. bvl § 4-12.⁴⁶ Man ser at det er barnevernet som er den inngripende instansen med hensyn til bestemmelsesretten til foreldrene og ikke helsepersonell etter hlspl ved at helsepersonellet kun har en oppmerksomhetsplikt og opplysningsplikt til barnevernstjenesten, jf. hlspl § 33. At det er barnevernet som griper inn i foreldrenes bestemmelsesrett kan også illustreres ved bvl § 4-10. Når det er grunn til å tro at barnet har behov for medisinsk behandling ved en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade og foreldrene ikke selv får barnet til undersøkelse eller behandling, kan barnevernet gripe inn. Etter bvl § 4-10 kan da fylkesnemnda vedta at barnet med bistand fra barnevernstjenesten skal undersøkes av lege, eller bringes til sykehus for å bli undersøkt. Dette illustrerer forholdet til helsepersonell godt, barnevernet griper inn i bestemmelsesretten overfor barnet, mens helsepersonellet dekker behovet barnet har ved å yte helsehjelp. Ansvaret for å gripe inn er ikke bare en rett, men også en plikt for barneverntjenesten og barne- ungdoms- og familieetaten, jf. bvl §§ 8-1 og 8-2.

⁴⁶ Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester (barnevernloven).

4. HELSEPERSONELLS PLIKT TIL Å IVARETA BARN ETTER HLSPL § 10 A NÅR EN FORELDER ER PSYKISK SYK

4.1 Helsepersonellets ansvar for barn av psykisk syk

Helsepersonell har en plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende følger av hlspl § 10 a. Bestemmelsen omhandler et omsorgsansvar for å ivareta det barnet og berører derfor det som i utgangspunktet er foreldrenes ansvar. Helsepersonellet vil ikke kunne gripe inn i bestemmelsesretten til foreldrene, men har som oppgave å hjelpe foreldrene med å ivareta omsorgen for barnet.

Det helsepersonellet som yter helsehjelp til pasienten skal kartlegge om pasienten har mindreårige barn, jf. hlspl § 10 a andre ledd. For denne bestemmelsen er ordlyden klar på hvilket helsepersonell som har en plikt.

4.1.1 Hvilket helsepersonell omfattes av pliktene i hlspl § 10 a første og tredje ledd?

Den relevante delen av hlspl § 10 a første ledd lyder:

"Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging ..."

"Helsepersonell" tyder på at det er en generell plikt for helsepersonell og av forarbeidene fremkommer det direkte at det er en generell plikt og også en aktiv plikt til vurdering av barns behov og om nødvendig medvirke til å dekke behovene etter reglene i tredje ledd.⁴⁷

Selv om bestemmelsen er en generell plikt, kan den ikke forstås slik at alt helsepersonell alltid vil ha samme plikt. I forarbeidene utdypes det at det er det helsepersonellet som yter helsehjelp til pasienten i forbindelse med de sykdommene som er vilkåret for bestemmelsen som skal ta hand om interessene til barnet.⁴⁸ Når det gjelder å ta hand om selve behovene utdyper forarbeidene:

"Plikta til å ta hand om behova til borna gjeld fyrst og fremst for helsepersonell med ansvar for behandling av pasienten. Anna helsepersonell skal likevel når det trengst hjelpa til med å

⁴⁷ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

⁴⁸ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

ta vare på barnet, melde frå om behov som vert fanga opp og ved tvil søkja å finna ut om situasjonen til borna er klårlagt."⁴⁹

Av dette utleder jeg at den generelle plikten i hlspl § 10 a første ledd har preg av at det først og fremst er det helsepersonell som er ansvarlig for behandlingen av pasienten som hovedtyngden av plikten hviler på. Det er den ansvarlige for behandlingen som skal ivareta at behovet blir dekket. Det videre ansvar hviler på helsepersonellet som yter helsehjelp til pasienten. Disse skal både avklare om pasienten har barn og sørge for å ta hand om interessene til barnet. Dette helsepersonellet skal bidra til at barnets behov dekkes. Den siste gruppen er alt helsepersonell og det generelle i bestemmelsen tar sikte på å hjelpe det helsepersonell som er ansvarlig og å søke å finne ut om noen har tatt ansvar for situasjonen til barnet. Disse skal også bidra, men plikten har et mer generelt preg.

Hlspl § 10 a tredje ledd vil derfor først og fremst være ansvaret til det helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten. Dette følger av ordlyden "helsepersonellet", altså det spesifikke helsepersonell i flertallsform som ikke omfattes av det mer generelle i plikten. I forarbeidene nevnes det også at tredje ledd er eksempler på de tiltak som er aktuelle for de med plikt etter første ledd.⁵⁰ Bestemmelsen må ses på som et uttrykk for det som kan forventes å gis av hjelp og ikke som en uttømmende liste. Dette følger av ordlyden "blant annet."

4.1.2 Forholdet mellom foreldrenes bestemmelsesrett og helsepersonellens ansvar
Der helsepersonell skal "bidra" er det snakk om en plikt der ansvaret først og fremst ligger hos foreldrene når bestemmelsen ses i sammenheng med retten og plikten som ligger i foreldreansvaret. Det samme kommer til uttrykk i forarbeidene ved at helsepersonell i hovedsak skal bidra der barnet har et særlig behov eller pasienten selv tar initiativet til samtale om barnet.⁵¹ Det kommer også til uttrykk i tredje ledd bokstav a der man i felleskap med pasienten snakker om barnets behov for informasjon eller oppfølging.

Plikten er ikke en ren subsidiær plikt. Helsepersonellet skal selv gjøre en vurdering og på eget initiativ tilby barnet og andre som har omsorg for barnet å ta del i en samtale om informasjon

⁴⁹ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

⁵⁰ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

⁵¹ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 5-6.

eller oppfølgingsbehov. Deler av bestemmelsen er et ansvar kun for helsepersonellet. Det subsidiære ansvaret gjelder når bestemmelsene berører foreldrenes bestemmelsesrett.

Når det står at barnet skal tilbys å ta del i samtalen har pasienten fortsatt en rett til å takke nei til dette tilbudet gjennom rettighetene i foreldreansvaret. Hvis pliktene foreldreansvaret innebærer for omsorg og omtanke brytes i alvorlig grad, har helsepersonell en opplysningsplikt til barnevernet etter reglene i hlspl § 33 for de alvorlige tilfellene som bestemmelsen omfatter som f.eks. mishandling. Der pasienten ikke motsetter seg at taushetsbelagte opplysninger gis, kan opplysninger gis til samarbeidende personell for å ivareta behovene til pasientens barn når det er nødvendig, jf. hlspl § 25.

Det som ikke faller inn under foreldreansvaret etter bl § 30, vil naturlig nok ikke foreldrene kunne nekte helsepersonellet å gjennomføre. Når helsepersonell etter hlspl § 10 a andre ledd skal søke å avklare om pasienten har barn, er dette ikke en del av foreldreansvaret men kun en plikt for helsepersonellet. Det er heller ikke primært et ansvar for foreldrene når helsepersonellet plikter å vurdere barns behov for informasjon eller behovet for å innhente samtykke for hensiktsmessig oppfølging, jf. hlspl §§ 10 a første ledd og 10 a tredje ledd bokstav b.

4.1.3 Hvilket helsepersonell omfattes ikke av bestemmelsene?

Som stadfestet i punkt 4.1 har alt helsepersonell en generell plikt. Men plikten til å ivareta at barnets behov blir dekt, vil være behandlere personell sitt ansvar. Spørsmålet her er om dette omfatter alt behandlere personell. Helsehjelp som ytes etter andre ledd, gir heller ingen føring på hvorvidt det gjelder all helsehjelp som ytes til pasienten, eller om det er unntak.

Forarbeidene taler for en innskrenkende tolkning av ordlyden. I forarbeidene brukes det som eksempel at om et helsepersonell undersøker en brukket fot eller tannhelsen til en psykiatrisk pasient, så har han ikke plikt til å ta hand om interessene til barnet.⁵²

Videre taler også kravet om faglig forsvarlighet for et slikt syn. Det vil være uforsvarlig at en som behandler brudd og med kompetanse på dette skal informere barnet om følger på grunn

⁵² Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

av psykisk sykdom hos forelderen. Det vil også være ressursløsende om alt personell skulle søke å avklare om pasienten har barn.

Det personellet som ikke behandler pasienten for en av sykdomsgruppene i vilkåret vil derfor ikke omfattes av mer enn den helt generelle delen av plikten i første ledd.

4.1.4 Hvilke personell omfattes av samarbeidende personell i hlspl § 25?

En psykisk syk pasient kan måtte innta flere institusjoner og flere typer behandlinger for å bli friskt. I tillegg kan barn ha behov som ikke kan dekkes av helsepersonellet. Bestemmelsen i hlspl § 25 tredje ledd lyder:

"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."

Det samarbeidende personell vil ha samme taushetsplikt som helsepersonell, jf. hlspl § 25 fjerde ledd.

Ordlyden "samarbeidende personell" gir ingen klar føring på om dette også gjelder personell som ikke er helsepersonell. Sett i sammenheng med fjerde ledd om at det samarbeidende personell også vil ha taushetsplikt som helsepersonell, taler det for at bestemmelsen er ment å omfatte også annet personell enn helsepersonell. "Samarbeidende" viser at det må være en form for samarbeid mellom helsepersonellet og eventuelt også med annet personell.

Unntaket fra taushetsplikten gjelder hvis pasienten ikke motsetter seg dette. Dette er en form for samtykke regel der opplysninger gis med et krav om taushetsplikt for den som mottar informasjonen. Dette taler for at alt personell vil omfattes så lenge det er nødvendig for å ivareta behovene til barnet.

Forarbeidene omtaler ikke problematikken direkte, men sier om hvilke opplysninger som skal gis:

"Opplysningane skal gjevast berre så langt det er nødvendig for å ta hand om behova til borna. Dette vil normalt vera opplysningar om at pasienten har born, alderen til barnet,

*andre omsorgspersonar, generell informasjon om tilstanden til pasienten og andre opplysningar som er nødvendige for å koordinera det helseinstitusjonen gjer for å ta vare på borna. Det skal såleis normalt ikkje gjevast detaljert informasjon om behandlinga eller helsetilstanden til pasienten. Slik informasjon kan heller ikkje gjevast vidare med mindre det ligg føre heimel for å gjera unntak frå teieplikta."*⁵³

Basert på forarbeidene kan ikke hvem som helst være samarbeidende personell. Forarbeidene taler for at ordlyden "samarbeidende" må tolkes innskrenket til det samarbeid som gjøres for å koordinere det helseinstitusjonen gjør for å ta vare på barnet. Det vil være det personell som må hjelpe til eller de som trenges å informeres for å koordinere informasjonen. Eksempelvis barneansvarlig personell, jf. sphlsl § 3-7 a. Det er denne form for samarbeid som omfattes. Og begrensningen er også at det er kun det samarbeidende personell som det er nødvendig å gi informasjonen til.

Kravet til forsvarlighet støtter at samarbeidende personell skal omfatte det personell som har noe med hva helseinstitusjonen gjør for barnet, og som det er nødvendig å gi informasjonen til for å ivareta barnets behov. Hvis et helsepersonell etter sin faglige kompetanse vurderer at annet personell må få opplysninger for å ivareta barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging, så vil det være uforsvarlig om dette helsepersonell ikke ga denne informasjonen. Det ville også stride mot en forsvarlig organisering av helsevirksomheten, jf. sphlsl § 2-2 og hol § 4-1 om helsepersonellet ikke var i stand til å gjennomføre den helsehjelpen det var pliktig til å gi. Også et rundskriv ment som en faglig veileder om barn som pårørende, støtter en slik tolkning om at det ville være uforsvarlig. Her nevnes det at både barneansvarlig og lærere kan være aktuelle personer å samarbeide med dersom det er nødvendig ut fra barnets behov.⁵⁴

Samarbeidende personell omfatter derfor det personell som er nødvendig for å ivareta barnets informasjons og oppfølgingsbehov, og som kreves for å koordinere det helseinstitusjonen gjør for å ta vare på barnet, eller som selv er delaktig i det helseinstitusjonen gjør for å ta vare på barnet.

⁵³ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 42.

⁵⁴ Rundskriv IS-5/2010 s. 19.

4.2 Rekkevidden for vilkåret om psykisk sykdom

Den relevante delen av bestemmelsen i hlspl § 10 a første ledd lyder:

"... 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."

Ordlyden er ikke klar på hvor langt vilkåret om psykisk sykdom rekker. Psykiske sykdommer rommer en stor gruppe lidelser, eksempelvis fra en depressiv enkeltepisode til kronisk vedvarende paranoide psykoser.⁵⁵ Bestemmelsen som helhet gir mer veiledning på rekkevidden for kriteriene for sykdomsgruppene. Sykdommene må være av en slik art at de kan skape et behov for informasjon eller at behovet hos barnet krever nødvendig oppfølging på grunn av forelderens tilstand. Behovet for hva som kan følge av forelderens tilstand er sentralt i vurderingen av rekkevidden til vilkåret.

Det gis veiledning om vurderingen av vilkåret i forarbeidene ved at helsetilstanden hos forelderen som er syk, må være egnet til å gjøre barnet utrygt, sårbart, skape mestringsproblemer eller redsel hos barnet, og at barn vil kunne oppleve sykdommen ulikt.⁵⁶ Når foreldre er psykisk syk er det som tidligere nevnt en viss risiko for at barnet kan føle usikkerhet og utrygghet. Foreldrene kan være emosjonelt utilgjengelige, eller for den saks skyld overreagere emosjonelt. Dette kan føre til mestringsproblemer for barnet. Det sentrale må være at de psykiske sykdommene enten påvirker forelderens omsorgsevne, eller gjør barnet utrygt eller usikker, eller på annet vis er av en slik karakter at det har betydning for familiesituasjonen eller barnet. Det vil være slike situasjoner som vil kunne påvirke barnets behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Det er også det enkelte barns oppfattelse av situasjonen som må vurderes, siden barn kan reagere ulikt. Barn er også på forskjellige utviklingsstadier og et spedbarn vil ha et helt annet behov enn hva et barn som nærmer seg voksenstadiet vil ha.

⁵⁵ WHO ICD-10 (2009) depressiv enkeltepisodes s. 86 paranoide psykoser s. 73.

⁵⁶ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

Ett av formålene til bestemmelsen som nevnes i forarbeidene er å forebygge problemer hos barn og foreldre.⁵⁷ Derfor vil alle psykiske sykdommer som kan få slike konsekvenser være innenfor vilkårene etter formålet.

I en lovkommentar er det også nevnt om sykdommene at dette vil være de sykdommer som er av en slik karakter at de har stor betydning for familiesituasjonen og for barn.⁵⁸ Jeg er enig i et slikt syn siden sykdom som ikke skaper et behov hos barnet vil være utenfor ordlyden til bestemmelsen som helhet. Poenget er at der sykdommen kun har betydning for familiesituasjonen, men ikke for barnet, vil det ikke være et behov for informasjon eller nødvendig oppfølging av barnet. Men som regel vil en sykdom som har betydning for familiesituasjonen også ha betydning for barns behov.

At man tolker ordlyden så vidt at all psykisk sykdom som skaper et slikt behov hos barnet vil være innenfor vilkåret, vil også samsvare med kravet om forsvarlighet. Helsehjelpen som her ytes er omsorg for barnet. Det vil ikke være en omsorgsfull hjelp om man ikke dekker behovet barnet har for informasjon. Det vil også samsvare med prinsippet om barnets beste ved at det gis informasjon når barnet har et behov som følge av forelderens psykiske sykdom.

Også hensyn til ressursbruk taler for en vid tolkning. Bestemmelsen omhandler en snever gruppe pårørende og er ment nettopp for å forebygge problemer, noe som taler for en effektiv ressursbruk.

Jeg tolker derfor ordlyden i "psykisk sykdom" vidt der den vil omfatte enhver psykisk sykdom, også en enkel depresjon, om konsekvensene av sykdommen for det enkelte barn kan skape et behov for informasjon og nødvendig oppfølging, eller at det kan forårsake problem for barnet som at det blir engstelig eller urolig.

4.3 Er vilkåret om psykisk sykdom også oppfylt ved dødsfall som følge av sykdommen?

Helsepersonell som behandler en psykisk syk pasient kan dessverre ende i en situasjon der pasienten tar sitt liv eller dør av andre grunner.

⁵⁷ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 5.

⁵⁸ Befring og Ohnstad (2010) s. 125.

Bestemmelsene i hlspl § 10 a vil fortsatt ha relevans. Det vil fortsatt kunne søkes å avklare om pasienten har mindreårige barn, jf. hlspl § 10 a andre ledd. Det vil fortsatt kunne samtales med barnet, og andre som har omsorg for barnet kan fortsatt ta del i en samtale om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov, jf. hlspl § 10 a tredje ledd bokstav a. De som er igjen med foreldreansvaret vil kunne samtykke til videre oppfølging, jf. hlspl § 10 a tredje ledd bokstav b. Barnet og personer som har omsorg for barnet, vil fortsatt kunne få informasjon om pasientens sykdomstilstand og mulighet for samvær hos den døde før pasienten flyttes fra helseinstitusjonen, jf. hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c.

Men vil dødsfall etter psykisk sykdom bety at vilkåret om psykisk sykdom i hlspl § 10 a første ledd er oppfylt?

Det vil utvilsomt fortsatt eksistere et behov hos barnet, og situasjonen er klart alvorlig for familien. Vilråene om behov er til stede, men å være død kan ikke sies å være psykisk syk. Derimot er ordlyden om de alvorlige sykdommene nært relatert til dødsfall som mulig utfall. Også alvorlige somatiske sykdommer vil kunne ende med dødsfall, og tilsvarende med rusmisbruk. Det som er klart er at bestemmelsen tar sikte på å begrense sykdomsgruppene til barn av dem som er syk, som kan ha særlige behov som må dekkes.

Lovbestemmelsen har et formål om å forebygge problemer hos barn.⁵⁹ Dette formålet taler for en utvidet tolkning av ordlyden. Det ville være i samsvar med intensjonene i bestemmelsen. De sykdommene som bestemmelsen omfatter er de som kan forårsake problemer hos barnet. Dødsfall etter en slik sykdom vil også helt klart kunne forårsake problemer hos barn av den døde.

Barnets beste vil være et grunnleggende hensyn i forhold til bestemmelsen, jf. bk artikkel 3 nr. 1 og grl § 104. Barnets beste skal alltid vurderes for det konkrete barn i den konkrete situasjonen. Mange barn vil kunne ha et behov for informasjon også etter et dødsfall. Og de barn som ikke har et slikt behov vil fortsatt ha en interesse av at også deres behov vurderes etter dødsfall. Dette taler for at det vil være til barnets beste at dødsfall etter psykisk sykdom hos forelder også omfattes av bestemmelsen.

⁵⁹ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 5.

Hlspl § 10 a må også ses på som en bestemmelse som skal sikre barn den beskyttelse og omsorg som er nødvendig etter forpliktelsene i bk artikkel 3 nr. 2. Denne retten er man forpliktet til å sikre og respektere uten diskriminering av noe slag, jf. bk artikkel 2. Det vil være diskriminerende om kun barn av syke som ikke dør skal omfattes av bestemmelsen.

Et argument mot en slik tolkning er at det vil være mer ressurskrevende om flere omfattes. Men dette argumentet har liten vekt når det holdes opp mot barnets beste som et grunnleggende hensyn, og formålet med bestemmelsen om nettopp å forebygge problemer hos barn.

Totalt sett taler dette for en utvidet tolkning av ordlyden for psykisk sykdom der dødsfall som følge av sykdommen også omfattes.

Spørsmålet er så hvordan bestemmelsen som følge av en slik utvidet tolking harmoniserer med bestemmelsen i hlspl § 24 om opplysninger etter en persons død.

Bestemmelsen omhandler et unntak fra taushetsplikten. Det er klart at det som ikke er taushetsbelagt, vil kunne gis av informasjon etter hlspl § 10 a. Vilkårene for å gi opplysninger om en avdød person er dersom viktige grunner taler for dette. Dette er en verdibestemmelse om hensyn. Det gis i andre punktum føringer på vurderingen: "... skal det tas hensyn til avdødes antatte vilje, opplysningenes art og de pårørende og samfunnets interesser." Dette vil være en konkret vurdering for hvert tilfelle og hvert barn som pårørende. Det som er klart er at om barnet har et behov for denne informasjonen, vil det tale for både samfunnets og den pårørendes interesse (barnet) å få informasjonen, og at dette må vurderes mot den avdødes antatte vilje og hvilke opplysninger som gis.

Bestemmelsene utfyller hverandre ved at unntaket fra taushetsplikten vurderes i hvert enkelt tilfelle. For de opplysninger som ikke er taushetsbelagte må dette kunne gis uansett.

4.4 Hvilke barn omfattes av bestemmelsen?

Den relevante delen av hlspl § 10 a første ledd lyder:

"... som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand ..."

Når det gjelder hvilke barn som omfattes er det klart at det er barn under 18 år. Mer problematisk er rekkevidden av vilkåret "barn av pasienten."

Lovbestemmelsen omtaler behovet i forhold til forelderens tilstand. Dette tyder på at det må eksistere et bånd mellom barnet og pasienten som er av en slik karakter at pasienten anses som forelder til barnet. "Barn av" tyder språklig sett på en rettslig foreldrerolle.

Derimot taler forarbeidene for en mer utvidet tolkning. Det nevnes at det sentrale er at barn som trenger oppfølging bør få tilbud om dette og at det ikke er hvordan omsorgssituasjonen er formalisert. Det er ikke avgjørende om personen som fyller foreldrerollen rettslig sett er forelderen til barnet. Barn av omfatter ifølge forarbeidene derfor både barn som pasienten er foreldre til og barn som pasienten har et omsorgsansvar for.⁶⁰ Da forarbeidene ikke legger vekt på det formaliserte rettslige båndet alene, er det relevante hvem som faktisk utøver et omsorgsansvar. Dette kan være stemor/far, fosterforeldre eller at barnet bor hos slektninger som har omsorgsansvaret. Det nevnes i forarbeidene at det avgjørende er om barnet i forhold til følelser og omsorg kjenner seg svært nært knytt til pasienten.⁶¹ Svært knytt tyder på en skjerpet terskel og at det er de forhold som ligner på foreldrenes omsorgsrolle.

Formålet med loven om å ivareta barn som pårørende taler også for en utvidet tolkning. Dette følger og av bk artikkel 3 nr. 2 som pålegger staten å sikre det enkelte barnet den beskyttelse og omsorg det har behov for. Artikkelen må ses i sammenheng med bk artikkel 2 nr. 1, det gjelder et hvert barn og det vil være diskriminerende om kun barn av biologiske foreldre skulle ha retter til å bli ivaretatt av helsevesenet.

Med bakgrunn i dette er det altså barn som pasienten har et omsorgsansvar for.

4.5 Dersom barn ikke ønsker å motta informasjon fra helsepersonellet

Der barnet for tilbud om å ta del i en samtale, jf. hlspl § 10 a tredje ledd bokstav a, vil det være en vurdering ut fra foreldreansvaret og barns medbestemmelsesrett. Det er kun et tilbud. Det vil være opp til barnet og foreldrene om de vil ta imot tilbudet eller ikke. Barnet vil ha en medbestemmelsesrett i bl § 31 og skal bli hørt, jf. GrL § 104 og bk artikkel 12.

⁶⁰ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

⁶¹ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40

Den relevante delen av Hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c lyder:

"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."

Når helsepersonell er forpliktet til å gi informasjon til barnet, kan barnet nekte å ta imot slik informasjon?

Hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c hjemler ingen tvang overfor barnet til å skulle motta informasjon etter ordlyden. Det skal kun "gis" informasjon. Bestemmelsen er kun en plikt til å bidra til at barnet får informasjon.

Reelle hensyn taler for at helsepersonell bør være varsom med å gi informasjon når barnet ikke ønsker å motta denne. At barnet vil nekte å høre om mor eller fars psykiske problemer kan tyde på mange ting, for eksempel å ville fortrenge temaet, være flau eller ønske å snakke med et annet helsepersonell eller kun med foreldrene.

Derimot kan barnet følges videre opp innenfor hva som er forsvarlig og til barnets beste. Hvis man mistenker at barnet er flau eller ønsker å snakke på et senere tidspunkt, kan man informere om at tilbudet om en samtale står ved lag.

Hvis foreldrene samarbeider vil man kunne gjøre dem oppmerksomme på barnets behov, jf. tredje ledd bokstav a. Det vil ikke være omsorgsfull hjelp om barnet blir spurt gang på gang om det har et behov for informasjon om det nekter for dette da det kan tyde på liten innsikt i barnets situasjon. Grensen for det uforsvarlige vil være om forespørslene begynner å påvirke barnet og gjøre situasjonen verre for barnet. Den omsorgsfulle hjelpen skal ikke skade den man hjelper.

Basert på dette vil ikke helsepersonell kunne tvinge barnet til å ta imot informasjon, og helsepersonell må respektere barnets rett til å bli hørt og barnets egne grenser dersom kravet til forsvarlighet skal være oppfylt.

4.6 Skal helsepersonellet eller foreldrene gi informasjon til barnet?

I utgangspunktet er det foreldrene som skal gi informasjonen til barnet da det er de som har foreldreansvaret.

Hlspl § 10 at tredje ledd bokstav c er ikke klar på om det er helsepersonell som skal gi informasjon til barnet. Helsepersonellet skal "bidra." Dette åpner for at foreldrene selv kan informere barnet og at helsepersonellet kun bidrar med sin kompetanse.

I forarbeidene utdypes det at det ikke er en plikt til å alltid selv gi barnet informasjon. Helsepersonellet kan gi informasjonen til omsorgspersonen som så gir den til barnet.⁶² Men det åpnes også i forarbeidene for andre løsninger som at man blir enig med pasienten om at det er helsepersonellet som gir informasjonen eller at informasjonen gis ved en familiesamtale der pasienten også er tilstede.⁶³

Det vil samsvare med forpliktelsen i bk artikkel 5 om å respektere ansvaret til foreldrene eller omsorgspersonen at man først og fremst lar foreldrene selv gi informasjonen videre til barnet.

At helsepersonellet bare skal "bidra" fritar ikke helsepersonellet fra ansvaret om foreldrene eller annen omsorgsperson ikke ivaretar barnets behov. I forarbeidene nevnes det at ved en akutt situasjon der barnet er alene med en pasient som det ikke er mulig å ta opp samtykke med, så bør helsepersonellet gi den informasjon det kan gi uten å bryte taushetsplikten.⁶⁴

Videre nevnes det at normalt bør helsepersonell gjøre noe dersom foreldrene selv ikke er i stand til eller ikke ser seg selv i stand til å ta hand om behova til barnet.⁶⁵ Hva som ligger i noe vil være en konkret vurdering ut fra behovet til barnet. Dette kan også være å gi barnet informasjon, jf. hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c. Det sentrale vil være at barnet har et behov for informasjonen og at dette behovet ikke kan dekkes av foreldrene selv.

⁶² Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41

⁶³ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41

⁶⁴ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 42.

⁶⁵ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 40.

Helsepersonell skal derfor gi informasjon selv når de ikke på annet vis kan bidra til at barnet får informasjon, primært gjennom foreldrene. Plikten er selvstendig for helsepersonellet og må vurderes i det konkrete tilfellet. Vurderingsmomentet vil være barnets behov for informasjon.

4.7 Formkrav til informasjon i samtale om barns behov når barnet deltar i samtalen

Barn gis ikke bare informasjon gjennom hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c. Informasjon vil også gis når barnet blir tilbydd å ta del i en samtale om barns informasjons- eller oppfølgingsbehov, jf. hlspl § 10 a tredje ledd bokstav a.

Bestemmelsen ordlyd gir ingen klar føring på om informasjonen er underlagt noen formkrav. Spørsmålet er da om informasjonen til barnet vil anses som informasjon til en pasient og dermed underlagt formkravene i pasrl?

Bestemmelsen retter seg mot pasienten og ikke barnet. Barnet tilbys å ta del i en slik samtale, men informasjonen som gis er først og fremst en form for helsehjelp for å hjelpe pasienten å forstå barnets behov og selv informere barnet. Dette betyr at informasjonen omhandler "innholdet i helsehjelpen", jf. pasrl § 3-2 og formkravene vil være overfor pasienten som mottaker av informasjonen. Om omsorgspersonen er pasientens nærmeste pårørende vil denne omfattes av pasrl §3-3. Men ordlyden alene taler ikke for at barnet er å anse som en pasient eller bruker når helsehjelpen retter seg mot pasienten og ikke barnet.

Det uttales i forarbeidene at det må legges til rette for at barnet kan si sin mening om egne behov.⁶⁶ Dette taler for at man må tilpasse samtalen slik at barnet har mulighet til å uttrykke seg om sine behov. I dette ligger det at barnet må forstå at det blir spurt om dets behov og at det må være klar over at det kan uttrykke sine behov selv. I tillegg må situasjonen være slik at barnet ikke føler seg utrygg eller på annet vis hindret fra å uttrykke sitt behov.

At det ikke skal være formkrav for informasjon til barnet vil heller ikke være i samsvar med bestemmelsen om at barnet skal bli hørt, jf. bl § 31 og Grl § 104. Når det er foreldrene som skal samtykke har barnet en med- og selvbestemmelsesrett i forhold til utøvelsen av foreldreansvaret.

⁶⁶ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41.

Det samme taler kravet om forsvarlighet om etter hlspl § 4. Det vil ikke være omsorgsfull hjelp til pasienten om man inviterer barnet til samtalen i den hensikt å avklare barnets behov og ikke sørger for at barnet er i stand til å uttrykke sine behov. I ytterste konsekvens kan det føre til at barnet misforstår og ikke greier uttrykke et behov det egentlig har. Barnets beste som et grunnleggende hensyn, jf. bk artikkel 3 nr. 1 og Grl § 104 taler også for at informasjonen må gis på slikt vis at barnet reelt sett kan uttrykke seg om sine behov.

Det kravet som kan innfortolkes om formkrav når barnet tar del i samtalen, er at informasjonen skal gis tilrettelagt slik at barnet forstår informasjonen og er i stand til å la sin egen mening bli hørt.

4.8 Formkrav til informasjon etter hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c

Bestemmelsen tar for seg tiltaket der helsepersonellet bidrar til at det gis informasjon til barnet. Det relevante i hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c er:

"Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger."

I dette ligger det at informasjonen må tilpasses på et slikt vis at den forstås og at den må være hensynsfull overfor mottakeren. Det er klart at barn vil være en variert gruppe i forhold til utvikling og modenhet. Utviklingen vil også kunne sette klare begrensninger med hensyn til hvilken informasjon man kan gi. Det er for eksempel meget begrenset hvilken informasjon man kan gi et spedbarn. Bestemmelsen må forstås i forhold til barns behov og å tilpasse informasjonen i forhold til forutsetningene og for å dekke behovet til barnet.

I forarbeidene til bestemmelsen i bokstav c utdypes det at man referer til kravet i pasrl § 3-5 og at kravet om omsorgsfull hjelp også gjelder for informasjonen som er gitt:

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

*dersom det ikkje er naturleg at foreldra eller andre nærstående kan hjelpa til. Dette må vurderast konkret."*⁶⁷

Eksemplene er ikke uttømmende men gir en klar føring på relevante faktorer i de individuelle forutsetningene. Det er for det første utviklingsfaktorer i forhold til å forstå informasjonen, det omhandler også å faktisk kunne forstå informasjonen basert på de språk man forstår. Det omhandler dessuten hvilke skikker, og andre kulturelle momenter helsepersonellet må ta hensyn til når informasjonen gis. Det er et sentralt moment at informasjonen kun skal tilpasses disse faktorene. Det betyr ikke at om man er vokst opp i en kultur der man ikke snakker med barn om sykdommer hos foreldre, at man da ikke skal gi denne informasjonen. Derimot vil man da måtte være varsom og tilpasse hvordan informasjonen gis og forklare hva som tilbys av informasjon og hvorfor. Vurderingen av om man trenger å bruke tolk må gå på om man får bekreftet at mottakeren forstår den informasjonen som er gitt. Mottakeren kan også gi uttrykk for at man ønsker å bruke en tolk. Det sentrale må være barnets behov og at barnet forstår informasjonen.

At informasjonen skal gis omsorgsfullt nevnes uttrykkelig, men ville uansett følge av kravet om forsvarlighet. Det handler om å respektere barnet og pasienten og å gi informasjonen på en skånsom måte og med omtanke for barnets behov. Dette er hensyn i kravet til forsvarlighet. Et ord som jeg synes er dekkende er at man skal "se" den man snakker til og forsøke å sette seg inn i barnets situasjon og så tilpasse informasjonen til dette på en omsorgsfull måte. At informasjon gis på en forsvarlig måte vil også være til barnets beste.

Basert på dette er de formkravene som informasjon etter hlspl § 10 at tredje ledd bokstav c, de som følger av pasrl § 3-5, og i tillegg skal informasjonen gis på en omsorgsfull måte.

4.9 Hvilken informasjon skal gis?

Ordlyden i hlspl § 10 a gir ingen direkte veiledning om hvilken informasjon som skal gis barnet ut over at det er den informasjonen barnet kan ha behov for. Ordlyden "kan ha som følge av foreldrenes tilstand" tilsier at det er en lav terskel for å gi informasjon.

⁶⁷ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 42.

Etter tiltaket i hlspl § 10 a tredje ledd bokstav c, utdypes det at informasjonen som gis barnet må være i overenstemmelse med taushetsplikten og kan være om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Ordlyden gir ingen klar føring på rekkevidden av hvor mye informasjon som gis om pasientens sykdomstilstand eller behandlingen og muligheten for samvær. Men sett i sammenheng med at tiltakene i tredje ledd skal komme som følge av at det er nødvendig for å ivareta barns behov, så må rekkevidden avhenge av hvilke behov barnet har. At opplysningene skal være i overenstemmelse med taushetsplikten tyder på at de detaljert personlige forholdene om pasienten som hovedregel ikke skal nevnes, jf. hlspl § 21. Derimot vil det kunne være unntak fra taushetsplikten som ved samtykke, jf. hlspl § 22 eller på grunn av at opplysningen gis til barnet om det fra før av er kjent med opplysningene, jf. hlspl § 23 nr. 1. De opplysninger som gjelder barnet selv vil heller ikke være en del av de taushetsbelagte opplysningene, typisk informasjon om hvilken oppfølging barnet vil få av helsepersonellet.

I forarbeidene nevnes det om hvilken informasjon som skal gis, hvilken mengde og detaljgrad vil avhenge av en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle.⁶⁸ Det man her sikter til er at det må vurderes hvilke behov barnet har og forsøke å dekke dette.

Videre i forarbeidene eksemplifiseres hvilke opplysninger som kan gis uten å bryte taushetsplikten:

*"... at borna ikkje sjølve kan lastast, at forelderen får god hjelp, moglegheiter for besøk dersom barnet alt veit kvar forelderen er, kva ein kan venta seg av behandlingssinstansen og korleis borna kan få hjelp til å meistra situasjonen."*⁶⁹

Eksemplene går på barnets behov for å beroliges og informasjon som er med på å gjøre situasjonen oversiktlig og slik at barnet kan mestre den.

Barnets behov kan også strekke seg ut over taushetsplikten og gå direkte på hva slags sykdom pasienten har.

⁶⁸ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41.

⁶⁹ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41.

I forarbeidene utdypes det at samtykke til å gi informasjon vil kunne benyttes og at barna da også skal kunne få informasjon om helsetilstanden, diagnose, behandling og annen konkret informasjon om pasienten.⁷⁰ At det står skal i forarbeidene er ikke en plikt. Det avgjørende er fortsatt de konkrete behov til det enkelte barn i den enkelte situasjonen.

Hvilken informasjon barnet får vil altså avhenge av barnets behov og om man har fått samtykke til å gi taushetsbelagt informasjon. Selv uten samtykke vil man kunne ivareta barnet ved å dekke barnets behov for trøst og hjelpe barnet til å mestre situasjonen.

4.10 Grenser for samtykke til å gi informasjon

Hovedregelen om samtykke for å gi taushetsbelagt informasjon finnes i hlspl § 22. Et samtykke til informasjon vil gjøre at også de som ikke opplysningene direkte gjelder kan gjøres kjent med opplysningene. Ordlyden gir ikke klar føring på formkravene for samtykket annet enn at det kun gjelder i den utstrekning det er samtykket til.

Forarbeidene er mer utdypende om når samtykke foreligger. Det må være et informert samtykke. Det behøver ikke være skriftlig, og indirekte og underforstått samtykke vil være tilstrekkelig. Samtykket må være gitt under omstendigheter som sikrer at det er skjedd frivillig, etter moden overveielse, og med oversikt over konsekvensene. I tillegg vil det i de situasjonene der vedkommende ikke er i stand til å gi samtykke, kunne presumeres et samtykke der det er utvilsomt i pasientens interesse. Utvilsomt skal vurderes ut fra opplysningens art og den antatte viljen til pasienten. Det eksemplifiseres at det mest aktuelle er der pasienten er bevisløs og opplysninger trenges for adekvat behandling, eller i forhold til utforskning av en alvorlig forbrytelse. De aktuelle tilstandene for antatt samtykke vil normalt være hvis pasienten er bevisløs eller død.⁷¹

Ved dødsfall, eller bevisstløshet vil det for samtykker etter hlspl §§ 10 og 25 derfor være aktuelt med det antatte samtykket for informasjon om pasienten som er taushetsbelagt. I forhold til å gi informasjon til barn vil det være relevant hvor sterkt behov barnet har for informasjonen og holdepunkter man har for at pasienten har ønsket at barnet skal få vite om dette. Bevisstløshet vil også omfatte de psykiske sykdommer som gjør at en ikke er ved bevissthet.

⁷⁰ Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41.

⁷¹ Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) s. 228.

Samtykke til å gi informasjon videre til samarbeidende personell, jf. hlspl § 25 tredje ledd, vil også være underlagt de generelle kravene til samtykke. Det må foreligge et informert samtykke og det må være frivillig. Bestemmelsen kan ikke forstås slik at man kan gi informasjon dersom ikke pasienten aktivt motsetter seg dette uten å ha blitt forespurt.

Samtykke for at barnet skal få ta del i samtalen eller få informasjon vil derimot være en del av foreldreansvaret. I forarbeidene nevnes det at slikt samtykke skal innhentes fra person med rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet i personlige forhold, og at dette vil kunne være en person med foreldreansvar.⁷² Som drøftet i innledningen har barnet en med- og selvbestemmelsesrett, jf. bl §§ 31 og 33 og det er grenser i utøvelsen av foreldreansvaret.⁷³ Det vil være bl regler som regulerer foreldrenes rett til å gi samtykke i slike situasjoner.

Dermed vil de tenkelige situasjonene der pasienten er en av foreldrene kunne løses basert på bl regler. Der den med foreldreansvaret er pasient og dør, vil tingretten kunne avgjøre spørsmålet om foreldreansvaret der den andre forelder ikke er i live, eller siktet, tiltalt, eller dømt for forsettlig eller overlagt drap, jf. bl § 38. Hvis pasienten kun er en omsorgsperson for barnet og ikke en med foreldreansvaret, så vil det likevel være en annen person som har foreldreansvaret, og som kan samtykke til de avgjørelser som krever foreldreansvaret. Det sentrale for hvem som kan avgi samtykke vil være hvem som har retten og plikten til å ta en avgjørelse for barnet.

4.11 Oppsummering

I oppgaven er hlspl § 10 a drøftet og vage deler av bestemmelsen er søkt avklart.

Alt helsepersonell har et generelt ansvar for å ivareta barn av psykisk syke. Men det helsepersonell som yter helsehjelp til pasienten i forbindelse med den psykiske sykdommen, vil ha ansvar for å ta hand om interessene til barnet. Det helsepersonellet som er ansvarlig for behandlingen vil ha det særlige ansvar for at barnets behov blir dekket.⁷⁴ For å kunne koordinere helsehjelpen som gis barnet, vil alt samarbeidende personell kunne gis informasjon som er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn. Samarbeidende

⁷² Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) s. 41.

⁷³ Se punkt 3.2

⁷⁴ Se punkt 4.1.

personell omfatter også personell utenfor helsesektoren om det er nødvendig for det helseinstitusjonen gjør for å ta vare på barnet.⁷⁵

De psykiske sykdommene er mange og det vil være varierende hvilke behov barnet vil kunne få som følge av psykisk sykdom hos forelderen. Reelle hensyn og formål med loven taler for at også dødsfall etter psykisk sykdom vil omfattes av bestemmelsen.⁷⁶ Barna som omfattes av bestemmelsen omfatter ikke bare de barn pasienten har foreldreansvar for, men også de pasienten har et omsorgsansvar for.⁷⁷ Barnet har en medbestemmelsesrett og selvbestemmelsesrett og plikten til å gi informasjon må ses i forhold til dette. Det vil ikke være omsorgsfull hjelp å gi informasjon om barnet ikke ønsker det. Har barnet et behov, vil man kunne forsøke å følge opp barnet videre uten å krenke barnets selvbestemmelsesrett.⁷⁸

Helsepersonellet skal i utgangspunktet hjelpe foreldrene med å gi informasjon til barnet, men har en selvstendig plikt til å vurdere hvert konkrete tilfelle og om barnet har et behov. Dekkes ikke barnets behov for informasjon av foreldrene så vil det være en plikt for helsepersonellet å gi denne informasjonen.⁷⁹ Når barn tilbys å ta del i en samtale om barns behov så kreves det at samtalen tilpasses slik at barnet forstår informasjonen og at det er mulig for barnet å la sin egen mening bli hørt.⁸⁰ Der informasjon skal gis til barnet så må den tilpasses de individuelle forutsetningene til barnet og informasjonen skal gis på en omsorgsfull måte.⁸¹ Hvilken informasjon som gis vil være en konkret vurdering som avhenger av barnets behov. Mye informasjon kan gis også uten samtykke, men noe informasjon forutsetter et samtykke fra pasienten.⁸² Hovedregelen for samtykke tilsier at det skal være informert og frivillig. Dette vil gjelde også for samtykke til samarbeidende personell etter hlspl § 25 tredje ledd. Hvis pasienten dør av den psykiske sykdommen, eller blir bevistløs, kan det være aktuelt å vurdere et antatt samtykke. For samtykke til at barnet skal få informasjon, få oppfølging eller å delta i en samtale så vil det være den med rett og plikt til å ta avgjørelser for barnet som kan samtykke, dette vil typisk være den eller de med foreldreansvaret.⁸³

⁷⁵ Se punkt 4.1.4.

⁷⁶ Se punkt 4.2 og 4.3.

⁷⁷ Se punkt 4.4.

⁷⁸ Se punkt 4.5.

⁷⁹ Se punkt 4.6.

⁸⁰ Se punkt 4.7.

⁸¹ Se punkt 4.8.

⁸² Se punkt 4.9.

⁸³ Se punkt 4.10.

5. Kilder

Litteratur

Ali, L., B. H. Ahlström, B. Krevers og I. Skärsäter, "Daily life for young adults who care for a person with mental illness: a qualitative study", *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2012, nr. 19, s. 610-617.

Befring, Anne Kjersti og Bente Ohnstad, *Helsepersonelloven [Lov av 1999] – med kommentarer [2010]*, 3 utgave, 2010. Elektronisk reproduksjon, <http://rettsdata.no/direkte?grlink=gHELSEPERSONELLz2DKOM> (sjekket 3. mai 2015).

Eckhoff, Torstein, *Rettskildelære*, 5. utgave ved Jan E. Helgesen, 2001.

Haugli, Trude, *Samværsrett i barnevernssaker*, 2. utgave, 2000. Elektronisk reproduksjon, <http://www.nb.no/nbsok/nb/56c42f0421785c78c2b31e65640ed710.nbdigital?lang=no#0> (sjekket 29. april 2015).

Haugli, Trude, "Barnerett – utviklingstrekk og utfordringer", *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*, 2010 s. 5-24

Kjønstad, Asbjørn, *Helserett – pasienters og helsearbeideres rettsstilling*, 2. utgave, 2007.

Kufås, Elin, Kari Lund og Lisbeth Rynning Myrvoll, Foreldre med psykiske problemer: om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom, *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 2004, nr. 3, s. 35-48.

Molven, Olav, *Sykepleie og jus*, 4. utgave, 2012.

Mordoch, Elaine, Wendy A. Hall, "Children living with a parent who has a mental illness: A critical analysis of the literature and research implications", *Archives of psychiatric nursing*, 2002, nr. 5, s. 208-216.

Nygaard, Nils, *Rettsgrunnlag og standpunkt*, 2. utgave, 2004.

Fortsettelse litteratur

Smith, Lucy, *FNs konvensjon om barnets rettigheter*, i Njål Høstmælingen, Elin Saga Kjørholt og Kirsten Sandberg (red.): *Barnekonvensjonen. Barns rettigheter i Norge*, 2. utgave, 2012, s. 17-30.

WHO ICD-10, *Psykiske lidelser og adferdsmæssige forstyrrelser. Klassifisering og Diagnostiske kriterier*, 14. reviderte opplag, 2009.

Lover (kronologisk rekkefølge)

Kongeriket Norges Grunnlov 17. mai 1814

Lov 8. april 1981 nr. 7 om barn og foreldre

Lov 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester

Lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrkning av menneskerettighetenes stilling i norsk rett

Lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m

Lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell m.v.

Lov 19. juni 2009 nr. 70 om endringer i helsepersonelloven m.m.

Lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester

Høyesterettspraksis

Rt. 2015 s. 93

Rt. 2009 s. 1261

Internasjonale konvensjoner

Wien-konvensjonen om tolkning av traktater av 23. mai 1969 – Vienna Convention on the Law of Treaties.

FNs konvensjon om barns rettigheter med protokoller av 20. november 1989 – Convention on the Rights of the Child.

Offentlige dokumenter

NOU

NOU 1977: 35 *Lov om barn og foreldre (barneloven)*

NOU 2012: 5 *Bedre beskyttelse av barns utvikling – Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*

ODELSTINGSPROPOSISJONER

Ot.prp. nr. 13 (1998-1999) Om lov om helsepersonell m.v. (helsepersonelloven).

Ot.prp. nr. 82 (2003-2004) Om lov om endringer i barneloven (felles foreldreansvar for samboende foreldre)

Ot.prp. nr. 84 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m (oppfølging av born som pårørende).

Ot.prp. nr. 104 (2008-2009) Om lov om endringer i barnelova mv. (flytting, delt bosted, samvær, vold mv.).

INNSTILLINGER

Innst. 186 S (2013-2014) Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om grunnlovsforslag fra Per-Kristian Foss, Martin Kolberg, Marit Nybakk, Jette F. Christensen, Anders Anundsen, Hallgeir H. Langeland, Per Olaf Lundteigen, Geir Jørgen Bekkevold og Trine Skei Grande om grunnlovfesting av sivile og politiske menneskerettigheter, med unntak av romertall X og romertall XXIV.

RUNDSKRIV

Helsedirektoratet, Rundskriv IS-5/2010, *Barn som pårørende*.

FNs barnekomite

General Comment No. 14 (2013) *on the right of the child to have his or her best interest taken as a primary consideration (art. 3, para. 1)*.

Committee on the Rights of the Child, Provisional Rules of Procedure. (UN doc. CRC/C/4/Rev.1 25 of April 2005).

Nettdokumenter

Den norske legeforening, *Etiske regler for leger*, 2014, <http://legeforeningen.no/Om-Legeforeningen/Organisasjonen/Rad-og-utvalg/Organisasjonspolitiske-utvalg/etikk/etiske-regler-for-leger/> (sjekket 12. april 2015).

Folkehelseinstituttet, *Barn av foreldre med psykotiske lidelser eller alkoholmisbruk : omfang og konsekvenser*, 2011, <http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf> (sjekket 16 mars 2015).

Norsk psykologforening, *Etiske prinsipper for nordiske psykologer*, 1998
<http://www.psykol.no/Fag-og-profesjon/For-fagutoeverer/Etikk/Etiske-prinsipper-for-nordiske-psykologer> (sjekket 12. april 2015).

Norsk sykepleierforbund, *Yrkesetiske retningslinjer for sykepleiere*, 2011,
<https://www.nsf.no/vis-artikkel/2193841/17102/Yrkesetiske-retningslinjer> (sjekket 12. april 2015).

SINTEF Teknologi og samfunn, *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne*, 2008,
<http://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport-a11408-polikliniske-pasienter-i-psykisk-helsevern-for-voksne-2008.pdf> (sjekket 3. mai. 2015).