



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Klinisk utvalg samarbeid om barn som pårørende



Sykehuset
Østfold



Halden



Rakkestad



Sarpsborg



Fredrikstad



Spydeberg



Hvaler



Trøgstad



Marker



Rygge



Skiptvet



Aremark



Våler



Eidsberg



Hobøl



Moss



Råde



Askim

Østfold, 1. mars 2011

Forord

Rapporten *Klinisk utvalg – samarbeid om barn som pårørende*, oppsummerer lovverket og påpeker helsetjenestens utfordringer i forhold til samarbeid i og mellom forvaltningsnivåene.

Utvalget foreslår ulike tiltak og rutiner for samarbeid. Ett forslag som omhandles spesielt, er en konkret samarbeidsavtale mellom foretaket og kommunene i Østfold (kap.6). Avtalens hensikt er å forankre rammer for samarbeid om barn som pårørende på overordnet nivå. Samarbeidsavtalen må leses og forstås i lys av hele rapporten, der hensikt utdypes og underbygges.

Rapporten kan brukes som en ressursbok i organiseringen av arbeid med barn som pårørende. Utvalget anbefaler at rapporten distribueres til ledere i alle virksomheter i helseforetaket og kommunene, som er underlagt de aktuelle endringene i lovverket, samt aktuelle brukerorganisasjoner.

Rapporten er faglig forankret i utvalgets sammensetning, kunnskap og erfaring, aktuelt lovverk, Rundskriv IS-5/2010 og den informasjon om dagens status som utvalget har innhentet fra foretaket og kommunene i Østfold. Utvalget har hatt nært samarbeid med Barns beste (nasjonalt kompetansenettverk for oppfølging av barn som pårørende). Utvalgets forslag til tiltak og samarbeidsavtale er således støttet av nasjonale krav og anbefalinger, og de juridiske krav som ligger i lovendringene.

For Klinisk utvalg – samarbeid om barn som pårørende

Jane Hupe, gruppeleder

Innholdsfortegnelse

1. Sammendrag	4
2. Bakgrunn for arbeidet	4
2.1 Mandat og målsetning	4
2.3 Avgrensning av oppgaven	6
2.4 Endringer i lovverket fra 1.1-2010	6
3.0 Oversikt over tiltak og samarbeid i Østfold	9
3.1 Helseforetaket	9
Divisjon psykisk helsevern	9
Oppgaver og ansvarsdeling i psykisk helsevern	10
Opplæring	10
Divisjonene kirurgi og medisin ved Sykehuset Østfold	11
3.2 Kommunale tjenester	11
Psykisk helsearbeid/rustjenesten	11
Hjemmebasert omsorg/botjeneste	11
Familiesenter/helsesøstertjeneste/jordmortjeneste	11
Barnevernet	11
Barneansvarlig personell	13
Fastlegene	13
3.3 Samarbeid mellom foretaket og fastlegene i Østfold	13
4. Brukerorganisasjonene	14
5. Samarbeid	14
5.1 Ledelse	15
5.2 Barnekoordinator	15
5.3 Samarbeid internt i kommunene	15
5.4 Samarbeid internt i helseforetaket	16
5.5 Samarbeid på tvers av nivåene.	16
Dokumentasjon/planverktøy	16
Henvisning - innkomstnotat – epikrise	17
Individuell plan	17
Fastlegene	17
Fagutvikling	18
5.6 Samarbeid med andre aktører	18
6 Samarbeidsavtale	20
7. Avviksrapportering	22
7.1 Avvik innad i kommunene/helseforetaket	22
7.2 Avvik på samarbeidsavtalen	22
8. Forslag til system for gjensidig oppdatert informasjon	22

1. Sammendrag

Rapporten presenterer forslag til hvordan helsetjenestene på de ulike nivåene i Østfold kan samarbeide om barn som pårørende, med utgangspunkt i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven.

Utvalget har innhentet informasjon om eksisterende tiltak og rutiner for samarbeid relatert til målgruppen i Østfold.

Status i kommunene viser store variasjoner. Mange kommuner har etablert gode tiltak ovenfor målgruppen, mens andre kommuner ennå ikke er kommet i gang. Kartleggingen viser mangler på forankring i ledelse, systemer og samordning av arbeidet. Likeledes mangel på kunnskap om lovendringene og de krav det stilles til helsepersonell.

Status i foretaket viser at Divisjon psykisk helsevern har etablert ordning med barneansvarlig personell og prosedyrer for oppfølging av barn som pårørende. Arbeidet er forankret på ledernivå og implementert som del av pasientbehandlingen. I somatiske avdelinger er arbeidet per dato under planlegging, med mål om å oppnevne barneansvarlig personell og utarbeide felles prosedyrer i foretaket i samarbeide med psykisk helsevern.

En forutsetning for godt samarbeid mellom forvaltningsnivåene er at alle samarbeidende instanser har klare rutiner i egen virksomhet.

På bakgrunn av lovverk, Rundskriv IS- 5/2010 og innsamlet status i Østfold, foreslår utvalget tiltak til samarbeid om barn som pårørende i Østfold, samt avvikssystem og system som sikrer oppdatert informasjon om tiltak og organisering av arbeidet.

2. Bakgrunn for arbeidet

Stortinget vedtok 19. juli 2009 endringer i Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven. Hensikten er å sikre at helsepersonell identifiserer og ivaretar mindreårige barns behov for informasjon og oppfølgingsbehov når foreldre er syke.

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.

For å ivareta barna på en tilfredsstillende måte, og i henhold til lovverket er det nødvendig med samarbeid på tvers av nivåene og tjenestene. På bakgrunn av dette besluttet Administrativt samarbeidsutvalg å opprette et Klinisk utvalg – samarbeid om barn som pårørende.

2.1 Mandat og målsetting

Utvalgets mandat er å vurdere og foreslå retningslinjer for enhetlige samarbeidssystemer og rutiner mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten i forhold til barn som pårørende.

Rapportens målsetting er å sikre at barn som pårørende får hensiktsmessig og god oppfølging i tråd med nytt lovverk, og å sikre kontinuitet mellom nivåene i behandlingsskjeden.

Utvalgets hovedoppgave:

- Beskrive hvordan endringene i lovverket som gjelder fra 1.1-2010 setter krav til helsetjenesten for ivaretagelse av barns rettigheter som pårørende.
- Få oversikt over tiltak som er iverksatt i kommunene og spesialisthelsetjenesten.
- Utarbeide forslag til konkrete samarbeidsrutiner for å sikre barn som pårørende god oppfølging, også inkl. system for avviksrapportering.
- Foreslå system for gjensidig, oppdatert informasjon som gir samlet oversikt over de tiltak og tilbud som kan/skal benytte.

Klinisk utvalg har bestått av:

Fra kommunene:	Tittel/funksjon
Mossereg.: Tor - Øystein Gulliksen	Avdelingsleder for psykisk helse og rus
Fredrikstadreg.: Ragnhild Folde Simonsen	Virksomhetsleder for helsevern for barn og unge i Fredrikstad
Indre Østfold reg.: Anne Lise Ringerike	Leder for familiens hus i Hobøl
Sarpsborg reg.: Ragnhild Schei	Psykolog i enhet forebyggende tjenester og enhet kompetansesenter for rus og psykisk helse
Haldenreg.: Berit Ulekleiv	Barnevernskurator
Fra Sykehuset Østfold:	
Elisabet Holm	Seksjonsleder ved hematologisk poliklinikk, kreftpoliklinikkene og senter for lindrende behandling
Jane Hupe	Fagutviklingsrådgiver DPS Fredrikstad
Unni Fylling Eriksen	Fagkonsulent DPS Moss
Sigmund Nakkim	Hovedprest
Kari Gleditsch	Praksiskonsulent i BUP Fredrikstad
Brukerrepresentanter:	
Jim Melby	RIO – Rusmisbrukernes interesseorganisasjon
Kristin Budsberg Gurvin	LPP – Landsforeningen for pårørende i psykiatrien

Jane Hupe har vært leder for utvalget og Unni Fylling Eriksen har fungert som sekretær.

Arbeidsgruppen har hatt en tverrfaglig profil. Det er viktig da arbeidet med barn som pårørende og familiearbeid involverer flere tjenester. At barna og familiene skal få et tilfredsstillende tilbud forutsetter et tverrfaglig samarbeid. Det har også vært viktig i arbeidet med rapporten at bruker- og pårørendeperspektivet har kommet til uttrykk.

Utvalget har hatt 14 møter. Innledningsvis ble det brukt tid på å klargjøre mandatet for å sikre en felles forståelse av oppgaven. Utvalget har hatt nyttige og interessante diskusjoner underveis som har bidratt til å belyse problemstillinger som det er påkrevet å finne gode tiltak og samarbeidsformer rettet mot. Mellom møtene har utvalgets medlemmer utført selvstendig arbeid delegert av utvalget.

Marianne Hake, leder av barnevernet i Rygge, har deltatt som konsulent i barnevernsfaglige spørsmål i prosjektets siste periode.

Svein Bergstrøm, spesialkonsulent i samhandling i SØ har bistått med informasjon om Administrativt samarbeidsutvalg og de samarbeidsstrukturer som foreligger mellom foretaket og kommunene i Østfold.

2.3 Avgrensning av oppgaven

Gjennom kartleggingen av tiltak ses imidlertid store variasjoner i forhold til å ha rutiner på plass for ivaretagelse av barn som pårørende. En viktig forutsetning for at samarbeidet mellom nivåene og tjenestene skal fungere er at hver instans har kunnskap om hva lovendringen innebærer, og at de har utarbeidet prosedyrer i tråd med dette. Utvalgets mandat er imidlertid ikke å foreslå hvordan kommunene og foretaket skal organisere seg for å oppfylle lovverket. En nyttig ressurside for dette arbeidet er www.barnsbeste.no. Der finnes et e-læringsprogram som kan implementeres i virksomhetenes kompetanseplaner og satsning på område. Programmet gir grunnleggende kunnskap om ansvaret og oppgavene til helsepersonell og barneansvarlige. Hjemmesiden formidler også gode erfaringer fra andre foretak og kommuner.

2.4 Endringer i lovverket fra 1.1-2010

Kapittelet beskriver hvordan endringene i lovverket setter krav til helsetjenesten for ivaretagelse av barns rettigheter som pårørende.

Berørte lovverk er Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten.

Lov om helsepersonell

§ 10a. 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 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.

§ 25, tredje ledd. Opplysninger til samarbeidende personell

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. Personell som nevnt i første, andre og tredje ledd har samme taushetsplikt som helsepersonell.

Lov om spesialisthelsetjenesten

§ 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.

Rundskrivet som følger lovverket beskriver hvordan lovendringene setter krav til helsetjenesten for ivaretagelse av barns rettigheter som pårørende. Det fokuseres videre på de belastningene barn kan utsettes for i forbindelse med foreldres sykdom, skade eller avhengighet.

Forebygge problemer. Formålet med de nye bestemmelsene er å forebygge problemer hos barn og foreldre gjennom:

- å sikre risikoutsatte barn og unge tidlig hjelp
- Å sette barn og foreldre bedre i stand til å mestre situasjonen når foreldre er syke

Foreldreansvar. Primært er det foreldre som har ansvar for barna sine. Helsepersonell har plikt til å bidra til å ivareta barn ved sykdom hos foreldre. Arbeidet med barn som pårørende skal, så langt det er mulig, skje i samarbeid med pasienten.

Bestemmelsene gjelder alt helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester. Plikten til å ivareta barn som pårørende vil først og fremst gjelde helsepersonell som står pasienten nærmest og som har ansvaret for å samordne hjelpen som gis. Behandlingsansvarlig vil dermed både ha ansvar og mulighet til å sørge for at barn får informasjon og nødvendig oppfølging. 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, og helsetjenesten må legge til rette for at personellet får mulighet og kompetanse til å utføre plikten sin.

Kartlegging. Bestemmelsene omfatter både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn, fosterbarn og mindreårige søsken. Så tidlig som mulig i pasientforløpet skal det avklares om pasienten har barn, ved å spørre pasienten eller eventuelt en ledsager, søke i pasientens journal og epikriser, eller undersøke i Folkeregisteret. Helsepersonellet skal ikke drive oppsporende virksomhet ut over dette. Videre skal helsepersonell, sammen med forelderen, vurdere om barnet har behov for informasjon eller annen oppfølging. Helsepersonell må særlig fokusere på barna når pasienten er alene om omsorgen.

Informere barna. Informasjon skal medvirke til at barnet forstår hva som skjer i familien, med den syke forelderen og/eller søsken og seg selv. Målet er at barnet skal kjenne seg trygt og inkludert, samt får hjelp til å mestre hverdagen. Informasjonen til barna skal gis i nært samarbeid med foreldrene, og helst av foreldrene selv.

Informere andre omsorgsgivere. Innenfor rammen av taushetsplikt, skal helsepersonell bidra til at personer som har omsorg for barnet gis informasjon. En viktig del av arbeidet vil være å styrke og bevisstgjøre den friske forelderen /andre omsorgspersoner, slik at omsorgsfunksjonen ivaretas på best mulig måte. Som hovedregel bør ikke barnet gis mer informasjon om pasienten enn det de nære omsorgspersoner har.

Dersom foreldre ikke samtykker til at barn får opplysninger om dennes helsetilstand skal det respekteres. Barn har likevel rett til generell informasjon; om at barn aldri har skyld eller ansvar for foreldrenes situasjon, hvordan barn kan oppleve det å ha syk og/eller rusavhengig forelder og hvordan barn kan få hjelp. Det barnet allerede vet kan man snakke om. Taushetsplikten er kun relatert til informasjon om den syke forelderen.

Følge opp barnas behov. Dersom helsepersonell 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 eller kontakte andre tjenester for videre oppfølging. Dersom barn har behov for helsehjelp, må dette følges opp på vanlig måte av helsetjenesten. Helsepersonell skal samarbeide med aktuelle tjenester, men ikke påta seg oppgaver andre tjenester har ansvaret for. Dersom det foreligger grunn til å tro at barnet blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt, skal det sendes bekymringsmelding til barnevernet.

Fastlegens koordinerende ansvar. Rundskrivet viser til forskriften i fastlegeordningen, der det står at fastlegen har ansvar for å koordinere helsetilbudet, både forebyggende og kurativt for dem som står på deres liste.

Oversikt over mulige tiltak/tilbud. Helsepersonell skal skaffe seg generell informasjon om lokale samarbeidspartnere som kan følge opp barna/familien.

Samarbeide. Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn. 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. Eksempel på annet personell i andre virksomheter kan være barnehagepersonell eller lærere som følger opp barna. Samarbeidende personell får da tilsvarende taushetsplikt som helsepersonellet.

Barneansvarlig personell. Helseinstitusjoner som omfattes av Spesialisthelsetjenesteloven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn som pårørende. Kjernefunksjonen til det barneansvarlige personellet er å sette arbeidet i system, holde helsepersonell oppdatert og fremme barnas interesser. 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 samme ansvar.

Journalføring. Plikten helsepersonell har til å følge opp barna skal dokumenteres i pasientens journal. Det gjelder kartlegging av barn, drøftelse angående ivaretagelse av barn, om samtale er gjennomført, informasjon som ble gitt og 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.

I noen tilfeller er det nødvendig å opprette egen poliklinisk journal på barnet. Det gjelder i de tilfeller der helsepersonell yter helsehjelp til barnet, utover det som hører til oppfølging av barn som pårørende. Jmf. Helsepersonelloven § 39. Barnets krav om konfidensialitet kan også tilsi opprettelse av egen journal. Gjelder spesielt for barn over 12 og 16 år, jmf. gjeldende lovverk.

3.0 Oversikt over tiltak og samarbeid i Østfold

I kapittel 3 presenteres en oversikt over tiltak rettet mot målgruppen i kommunene og spesialisthelsetjenesten. For å få informasjon og kunnskap i tråd med oppdraget, utarbeidet utvalget et brev med en rekke åpne spørsmål som ble sendt ut til aktuelle virksomheter. Brevet hadde som formål å kartlegge ulike typer tiltak satt i system for å ivareta barn som pårørende, hvordan tjenester med henholdsvis målgruppe barn og målgruppe voksne samarbeider, eventuelle prosedyrer/rutiner som finnes for å ivareta barn og om det er opprettet barneansvarlig personell i virksomheter som behandler voksne. Det ble også spurt etter forslag til måter å samarbeide på.

I kommunene gikk brevet til fastlegene og aktuelle instanser som jobber med barn og voksne og som således blir berørt av lovendringene. I sykehuset gikk brevet til seksjonsledere i kirurgisk og medisinsk avdeling. Status i psykisk helsevern var allerede kartlagt. Utvalget har i tillegg innhentet innspill fra praksiskonsulentene i SØ.

Av atten kommuner var det ni som svarte. Fra divisjonene kirurgi og medisin i SØ mottok utvalget svar fra tre seksjoner. Fra fastlegene mottok utvalget syv svar.

Svarprosenten er relativt lav, til tross for at det ble sendt ut ekstra påminnelse. Mulige årsaker kan være at brevene ikke kom frem til riktige instanser, eller at virksomheter som mangler retningslinjer og tiltak rettet mot målgruppen, ikke har sett hensikten med å svare på henvendelsen.

Kartleggingens formål var å innhente kunnskap om status i Østfold, for å kunne foreslå relevante tiltak relatert til samarbeid. Kartleggingen viser store variasjoner på hvor langt de ulike virksomhetene har kommet. Til tross for at ikke alle virksomheter har svart, vurderer utvalget materialet å være tilstrekkelig for arbeidsgruppens mandat og forslag til tiltak. Status i Østfold presenteres i hovedtrekk og gir følgelig ingen total oversikt.

3.1 Helseforetaket

Det finnes foreløpig ingen felles prosedyrer om barn som pårørende i foretaket. Det jobbes imidlertid med å tilpasse eksisterende prosedyrer fra psykisk helsevern til å gjelde hele foretaket.

Divisjon psykisk helsevern

Oppfølging av barn som pårørende er forankret i divisjonsledelse gjennom etablering av *ressursgruppe barn som pårørende*, som et rådgivende organ for divisjonsledelsen. Divisjonen har etablert prosedyrer for oppfølging av barn som pårørende, og ordning med minimum to barneansvarlige i hver seksjon/post, i henhold til rundskriv og lovverk.

Prosedyrer i divisjon psykisk helsevern:

- Ressursgruppe barn som pårørende - mandat
- Oppfølging av barn som pårørende
- Kartlegging av barn som pårørende
- Barne/familiesamtale
- Dokumentasjon av barn som pårørende

Samarbeid mellom avdelinger i psykisk helsevern foregår ved at oppfølging av barna dokumenteres i felles maler, og at informasjonen i så måte videreføres dersom pasienten flytter til ny avdeling.

Samarbeid mellom de ulike avdelingene mangler formelle retningslinjer. Rus og psykiatri har dessuten ulike dokumentasjonssystemer, noe som gjør informasjonen utilgjengelig. Eventuelt samarbeid blir uformelt og tilfeldig, og i stor grad avhengig av den enkelte fagpersoners vurdering av behovet for samarbeid. En fordel er imidlertid at rus og psykiatri har felles prosedyrer og opplæring. Somatiske avdelinger derimot står foreløpig utenfor ordningen, noe utvalget antar også kan vanskeliggjøre samarbeidet.

Innen en familie kan både voksne og barn få oppfølging fra ulike avdelinger innen helseforetaket uten at det samarbeides; psykisk helsevern for barn og unge, somatiske avdelinger og avdelinger for rus og psykisk helsevern. Ressursgruppen i psykisk helsevern har bemerket behovet for en prosedyre som omhandler samarbeid innad i helseforetaket. Et viktig spørsmål er blant annet hvordan helsepersonell med målgruppe barn, kontra helsepersonell med målgruppe voksne, skal samarbeide.

Samarbeid mellom divisjon psykisk helsevern og kommunehelsetjenesten er beskrevet i prosedyren *Kartlegging av barn som pårørende*, der helsepersonell pålegges å informere pasienten om aktuelle samarbeidspartnere og tilbud i kommunen, og ved behov bidra til å opprette kontakt. Prosedyren sier videre at der barnet mottar tjenester fra andre instanser skal samtykke til samarbeide innhentes.

En annen aktuell problemstilling som drøftes i psykisk helsevern er ivaretagelse av barn som ikke er i behandlingssystemet, men som har traumatiske opplevelser som følge av foreldrenes sykdom. Per dags dato finnes ingen formaliserte samarbeidsrutiner rundt disse barna.

Prosedyre under arbeid:

- Helsepersonells opplysningsplikt og opplysningsrett overfor sosialtjeneste og barneverntjeneste.

Ressursgruppen barn som pårørende reviderer prosedyren, i samarbeid med juridisk rådgiver hos fylkesmannen. Prosedyren vil bli gjeldende for alle avdelinger i foretaket.

Oppgaver og ansvarsdeling i psykisk helsevern

Seksjonsleder har ansvar for at virksomheten er tilrettelagt slik at ansatte har fokus på pasientenes barn. Seksjonsleder utnevner minst to barneansvarlige i hver seksjon/enhet.

Barneansvarlige har ansvar for å holde et faglig perspektiv på barns situasjon levende gjennom internundervisning og veiledning.

Medarbeidere med ansvar for behandling og oppfølging av pasienten har ansvaret for oppfølging av pasientens barn/familie i henhold til aktuelle prosedyrer.

Opplæring

Det er gjennomført to dagers obligatorisk opplæring av 78 barneansvarlige i divisjonen. Seksjonsledere deltok de tre første timene på dag en. Det er videre opprettet nettverksgrupper for alle barneansvarlige, med samlinger hvert halvår der fokus er erfaringsutveksling, faglig påfyll og veiledning. Den enkelte avdeling, ved barneansvarlige sammen med seksjonsleder, har ansvar for å organisere opplæringen til øvrige ansatte.

Divisjonene kirurgi og medisin ved Sykehuset Østfold

Divisjonene omfatter alle somatiske avdelinger i SØ, inkludert barneavdeling og føde/barsel. Av svarene utvalget har mottatt, fremkommer det at seksjonene har innført noen lokale rutiner for kartlegging og oppfølging av barn, men ingen som omhandler samarbeid. De kjenner til lovendringene og avventer at dette tas tak i på overordnet nivå.

Ledelsen i kirurgisk og medisinsk divisjon har påbegynt et samarbeid med psykisk helsevern med mål om å tilpasse prosedyrene fra psykisk helsevern til å gjelde for hele foretaket. Det er planlegging i gang for opplæring av barneansvarlig personell, men omfang og oppnevning av barneansvarlig personell er per dags dato ikke avklart, ei heller system for hvordan arbeidet videre skal organiseres og implementeres.

3.2 Kommunale tjenester

Informasjonen som presenteres er basert på svar fra åtte kommuner.

Flere av kommunene har tilbud om aktiviteter rettet mot barn av psykisk syke og rusmisbrukende foreldre, men ingen oppgir å ha tilbud spesielt rettet mot barn med somatisk syke eller skadde foreldre. Flere kommuner oppgir å ha faste tverrfaglige møter der det ligger til rette for å samarbeide om temaet, men det er få som oppgir konkret samarbeid spesifikt rettet mot målgruppen. Det finnes imidlertid eksempel på kommuner som har etablert samarbeidsgruppe bestående av representanter fra rustjeneste, psykisk helsetjeneste, jordmor, NAV, helsetjeneste for barn og unge og barneverntjenesten. Noen få kommuner har utarbeidet, eller er i gang med å utarbeide prosedyrer rettet mot målgruppen. Det vises imidlertid i stor grad til de generelle handlingsplaner og rutiner for tverrfaglig samarbeid i kommunene. Det rapporteres lite om formalisert tverrfaglig samarbeid med NAV og barnevern. Støttekontakt og avlastningsfamilier blir dog nevnt som mulige tiltak.

Psykisk helsearbeid/rustjenesten

Noen kommuner rapporterer om registrering av barn som pårørende i forbindelse med inntak av ny voksen bruker. Enkelte viser til systematisk kartlegging av barn 0-18 år der barnets omsorgssituasjon, behov for informasjon og tiltak er fokus. Den videre oppfølgingen ser ut til å være mer personavhengig og er i varierende grad systematisert. Det rapporteres om liten grad av formalisert samarbeid med kommunale tjenester som jobber med barn/familie.

Hjemmebasert omsorg/botjeneste

Det er ikke rapportert om noen kartleggingsrutiner eller tiltak rettet mot barn som pårørende.

Familiesenter/helsesøstertjeneste/jordmortjeneste

Flere kommuner har organisert seg i form av familiesenter, slik at virksomheter med barn/familiefokus er samlokaliserte og har felles leder. Det ser ut til å stimulere samarbeidet mellom de ulike profesjonene og virksomhetene. I slike familiesenter drives det blant annet samtale- og mestringsgrupper for barn av psykisk syke og/eller rusmisbrukende foreldre. Foreldrene får også et tilbud om samtale der fokuset er på barnets behov og samspillet i familien.

Andre tiltak som nevnes er EPDS (kartlegging av depresjon i svangerskap og barseltid), med tilbud om støttesamtaler utført av jordmor og helsesøster, og eventuelt viderehenvising til BUPP eller kommunens psykiske helsetjeneste.

Barnevernet

Som tidligere nevnt er barnevernsleder i Rygge kommune benyttet som konsulent i barnevernsfaglige spørsmål. Hun påpeker at mange av barna som har behov for hjelp gjennom

barnevernet har foreldre som er psykisk syke og/eller har et rusproblem. Det er allikevel ikke foreldrenes behandlingsapparat/fastlege som oftest melder fra om bekymring, eller tar initiativ til frivillige hjelpetiltak i regi av barnevernet. Det er ofte andre instanser som på grunn av barnas bekymringsfulle adferd melder til barnevernet. På det tidspunktet har barna selv blitt symptombærere som følge av foreldrenes sykdom og derav manglende foreldrefungering. Barnevernstjenesten kartlegger som en del av undersøkelsen hvilke andre instanser som er inne med tiltak i familien. Dersom psykisk helsetjeneste er en av disse instansene, innhentes opplysninger derfra, samtidig som samarbeid tilstrebes. Erfaringsmessig samtykker foreldre til dette. Dersom barnevernstjenesten opplever at problematikken i familien omhandler psykiatri hos foreldre, og psykisk helsetjeneste ikke har kontakt med familien, bidrar barneverntjenesten ofte til å opprette kontakt.

At helsepersonell som jobber med voksne i for liten grad tar kontakt med barnevernet for frivillige hjelpetiltak eller for å melde bekymring, kan skyldes at de ikke har tilstrekkelig kunnskap eller er bevisst på hva som er en trussel for barns helse og utvikling. Det er en forutsetning for i neste omgang å kunne identifisere bekymringsfulle forhold i omsorgssituasjonen til barna.

Barneverntjenesten opplever ofte at samarbeidspartnere kvier seg for å melde fra om bekymring. Frykten for hva en bekymringsmelding kan utløse er stor. Det er nærliggende å tro at fagfolk i hjelpeapparatet til dels er preget av forutinntatthet eller har manglende kunnskap om barnevernets mandat og hvilke tiltak de råder over. Synet på barnevernet blir i for stor grad knyttet til historier om tvang og omsorgsovertakelse. De aller fleste tiltak i regi av barnevernet er frivillige. Kun ved alvorlig omsorgsvikt eller alvorlige adferdsvansker hos barnet kan fylkesnemda beslutte iverksetting av tiltak.

Barnevernsleder understreker viktigheten av god kommunikasjon mellom samarbeidspartnere, både for å få økt kunnskap om hverandres tjenester samt jobbe mot felles mål i enkeltsaker. For å få til dette er det nødvendig med både formelle prosedyrer for samarbeid og muligheter for faglige diskusjoner.

Barnevernsleder i Rygge viser til Mevik og Trymbos undersøkelser fra 2002, som underbygger at foreldrerollen i seg selv kan utløse psykisk sykdom eller forsterke symptomene. Det viser seg imidlertid at det å diskutere foreldrerollen med pasientene gir en positiv effekt på sykdomsutvikling og symptomtrykk. Det er med andre ord ingen grunn til å tro at behandlingsalliansen står i fare hvis behandlere snakker med pasienten om barna og foreldrerollen.

Det er viktig at behandlingsapparatet er klar over sin plikt til å melde bekymring til barnevernet når det er grunn til å tro at et barn er utsatt for omsorgssvikt. Meldingene som skrives skal være konkrete og ta for seg de forhold som er bekymringsfulle. Det at andre instanser har meldt bekymring fritar ikke andre fra å gjøre det samme. Alle offentlige ansatte har selvstendig meldeplikt.

Barne- og likestillingsdepartementet har gitt klare føringer om et åpnere barnevern i den hensikt å øke barnevernets legitimitet i befolkningen. Helsepersonell rundt den syke forelderen kan bidra til dette gjennom å synliggjøre hva barnevernet kan bidra med i en vanskelig familiesituasjon. Eksempelvis kan foreldre i større grad hjelpes med en søknad om frivillige hjelpetiltak, eller barnevernet kan inviteres til samarbeidsmøte slik at de selv kan presentere sin tjeneste og aktuelle tiltak. Barneverntjenesten gjør en selvstendig undersøkelse før konklusjon om tiltak. Det kan imidlertid lette undersøkelsesprosessen at melding/søknad fra melder er godt begrunnet og dokumentert.

Barneverntjenesten anser kommunens rus/psykiatritjeneste som en viktig samarbeidspartner. Samarbeidet per i dag er imidlertid preget av at det formelle systemet for samarbeid ikke er på plass. Som så mange andre kommuner har Rygge kommune mange gode tilbud for de enkelte målgruppene, men samhandlingen mellom de ulike tjenestene for å ivareta et mer systemisk familieperspektiv er ikke på plass.

Barneansvarlig personell

Det er få kommuner som har oppnevnt barneansvarlig personell. De som oppgir å ha gjort det sier ingenting om hva som tillegges en slik funksjon eller hvordan den er organisert.

Fastlegene

Etter henvendelsen til fastlegene i Østfold, mottok utvalget syv svar. Alle fastlegene kjente til lovendringen, men ingen av dem har etablerte retningslinjer for barn som pårørende etter endringene i Helsepersonelloven § 10a. Flere påpeker behov for å samordne rutiner i forhold til samarbeid. Noen har rutine på å kontakte helsesøster ved spesielle situasjoner. Andre meddeler erfaring med at bekymringsmeldinger til barnevernet kan vanskeliggjøre samarbeidet med pasienten i ettertid.

Det meldes behov for informasjon om hvem fastlegen kan samarbeide med, og en oversikt over hvilke tilbud som finnes for barna i kommunen. Fastlegen behandler ofte hele familien. Det kan være et problem når barnet ikke har samme lege som den syke foreldren. Da kommer ikke informasjon fra foretaket frem til barnets fastlege.

Henvisningsrutiner er et annet område som blir omtalt. Generelt ønsker ikke fastleger å henvise på vegne av andre. Hvis spesialisthelsetjenesten vurderer at pasientens barn trenger henvisning for behandling og oppfølging, bør henvisningen gjøres direkte fra spesialisthelsetjenesten, og ikke fremkomme som en bestilling i en epikrise til fastlegen. Det påpekes at en god henvisning skal være basert på førstehåndsinformasjon.

En kommuneoverlege mener at kommunene må oppnevne flere barneansvarlige. Han presiserer videre at kommunene er avhengig av godt internt samarbeid, systemer og rutiner som gjør at ulike aktører kan komme inn ved behov for undersøkelse, behandling og oppfølging. Et godt samarbeid innen hvert nivå må sikres like mye som mellom nivåene.

Enkelte fastleger melder om behov for barneansvarlige som de kan melde bekymring til. Utvalget mener det må bero på en misforståelse da det er helsepersonell, her også fastlegen selv, som skal ivareta barn som pårørende.

3.3 Samarbeid mellom foretaket og fastlegene i Østfold

Sykehuset Østfold ser på fastlegene som sin viktigste eksterne samarbeidspart og har prioritert samhandlingen med denne gruppa ved å ha etablert ordning med praksiskonsulenter. Sykehuset har praksiskonsulenter i flere av sine divisjoner. Dette er fastleger som jobber i sykehuset 7,5 - 10 timer hver måned. De har ansvar for å bidra i utviklingen av divisjonens forbedringsarbeid av samhandling mellom primærhelsetjenesten og foretaket.

Praksiskonsulentene ledes av en praksiskoordinator, som også er en allmennlege i deltidsstilling. Koordinatoren er både bindeleddet mellom praksiskonsulentene og sykehusets ledelse, og bindeleddet mellom praksiskonsulentordningen på eget sykehus og ordninger ved andre sykehus, både i Norge og i Norden for øvrig.

I tillegg har sykehuset ansatt en relasjonsbygger for å være kontaktpunkt mellom de to tjenestenivåene. Relasjonsbygger skal sørge for kommunikasjon, informasjon, avvikshåndtering, skape møteplasser for fag og samhandling, og være en lyttepost ut mot fastlegene og inn i sykehuset for å avdekke forbedringsområder.

4. Brukerorganisasjonene

Utvalget sendte også brev til aktuelle brukerorganisasjoner, med forespørsel om tanker og innspill rundt målgruppen barn som pårørende, og konkrete forslag til måter å samarbeide på. Utvalget mottok respons fra brukerorganisasjoner innen rus og psykiatrifeltet. De som svarte var Prolar (nasjonalt forbund for folk i LAR), Bar (Barn av rusmisbrukere), RIO (Rusmisbrukernes interesseorganisasjon) og LPP (Landsforeningen for pårørende i psykiatrien). Samtlige kjente godt til lovendringene og ønsket disse velkommen. De hadde et stort engasjement, mange synspunkter og har bidratt til flere konkrete forslag til forbedring av samarbeidet mellom nivåene i hjelpeapparatet. Flere av forslagene presenteres i kapittel 5.

De formilder kjennskap til mange barn som ikke har fått den hjelpen de har trengt når foreldre har vært syke. Flere formilder erfaring med at spørsmål rundt barn har vært totalt fraværende under foreldres behandlingsforløp. Det ble også satt fokus på at andre familiemedlemmer (ektefelle, besteforeldre), som selv er følelsesmessig berørt av en vanskelig familiesituasjon, ofte blir overlatt til seg selv når det gjelder å dekke barnas behov. Det kan fort bli u håndterlig for barna og familiemedlemmene, noe som i neste omgang kan bidra til økt sykkelighet blant de involverte i motsetning til tilfriskning og forebygging.

Brukerorganisasjonene understreker at tilpasset informasjon til det enkelte barn er psykologisk viktig og kan være en avgjørende faktor i en situasjon der det meste er kaotisk. Deres vurdering er også at helsepersonell, i mange tilfeller, er bedre egnet til å ivareta barnets behov enn hva foreldrene kan være i en akutt fase.

5. Samarbeid

Fokus på barn som pårørende skaper et behov for samarbeid mellom tjenester for voksne og tjenester for barn. I kapittel 5 foreslås konkrete tiltak for å forbedre samarbeidet internt og på tvers av nivåene.

En forutsetning for godt samarbeid om et felles mål er at alle samarbeidende instanser har klare retningslinjer og prosedyrer på plass i egen virksomhet, og at disse er godt implementerte blant medarbeiderne. Utvalget vil påpeke at den foretatte kartleggingen av tiltak (redegjort for i kapittel 3) avdekker mangler i så henseende. Det er viktig at den helsearbeideren som står nærmest pasienten har myndighet til å kunne fatte beslutninger, slik at arbeidet med å ivareta barns rettigheter raskt kan komme i gang.

Formålet med loveendringene er å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og på den måten forebygge problemer hos barn og foreldre. Lovendringene legger til rette for samarbeid på tvers av nivåene og tjenestene. Hvis målene skal nås er samarbeid påkrevet. Kartleggingen viser at det finnes mange gode enkeltstående tiltak rettet mot barn og familier i helseforetaket og i kommunene. Det er imidlertid for lite samhandling mellom tjenestene

innad, og på tvers av nivåene. Tiltakene mangler ofte forankring i ledelse, prosedyrer eller handlingsplaner.

Utvalget mener det er grunn til å tro at status i Østfold samsvarer med nasjonale undersøkelser fra 2005 (jmf. rapport fra R-BUP 2005), som viser at oppfølging av barn er tilfeldig og variert.

5.1 Ledelse

Virksomhetenes ledelse har et ansvar for å implementere lovbestemmelsene i den daglige praksis. Det må avklares hvem i virksomheten som har ansvaret for ulike oppgaver relatert til målgruppen. Det vil si at oppgavene og ansvaret som følger lovendringene må være diskutert og vedtatt. Det må utarbeides retningslinjer som sier noe om hvilket ansvar som tillegges ledere, helsepersonell generelt, behandlingsansvarlige, miljøkontakter, barneansvarlige, og hvem som har den koordinerende funksjon for de barneansvarlige.

Godkjente prosedyrer legger grunnlaget for forankring fra øverste ledelse videre til alle ledd. Prosedyrene må utarbeides slik at avvik kan meldes dersom det ikke jobbes i tråd med lovbestemmelsene.

5.2 Barnekoordinator

Rundskrivet foreslår å opprette barnekoordinator som en organisatorisk løsning i helseforetak og kommuner. Barnekoordinator skal ha et overordnet ansvar for å utvikle retningslinjer og prosedyrer, samarbeidsrutiner både internt og eksternt, ha oversikt over aktuelle oppfølgingstiltak for barn og foreldre, organisere opplæring/veiledning av helsepersonell og barneansvarlige, og legge til rette for nettverksbygging. En annen viktig oppgave kan være å utvikle og drifte informasjon på nettside og utarbeide informasjonsmateriell.

Det er viktig at kontakten mellom foretak og kommuner, vedrørende barn som pårørende og tilbud som finnes, foregår via kontaktpersoner med definerte roller.

5.3 Samarbeid internt i kommunene

Det er i utgangspunktet den som gir helsehjelp til den voksne som skal sørge for at barnas behov for informasjon og oppfølging blir ivaretatt. I dette arbeidet kan det ofte være til hjelp for barn og foreldre å inkludere skole, helsestasjon og fritidsarenaer. Et godt grunnlag for samarbeid i kommunen er kunnskap om de ulike aktørene som utgjør hjelpeapparatet for voksne og for barn, hvordan de kan samhandle og hvordan de kan kontaktes. Aktuelle samarbeidspartnere rundt barn som pårørende i kommunene er fastlege, NAV, hjemmetjeneste, psykisk helsetjeneste, rustjeneste, helsestasjon, skole, barnehage, barneverntjeneste, flyktningtjeneste, kulturetaten og frivillige organisasjoner. Målet er et tverretattlig og koordinert hjelpeapparat som ser barnas behov i møte med deres foreldre og barna selv.

Utvalget viser til erfaringer fra barnevernstjenesten i Rygge kommune. De påpeker viktigheten av at det i større grad må bli automatikk i å kontakte hverandre når familier har behov som involverer flere tjenester. Helsepersonell må se familien i et systemisk perspektiv, der familiemedlemmene påvirkes gjensidig av hverandres psykiske og fysiske helsetilstand. Helsepersonell må være bevisst disse sammenhengene som medfører at barn blir symptombærere for foreldrenes sykdom og problemer. Lovbestemmelsene gjelder derfor alle barn, da hensikten med oppfølging av barn som pårørende er å forebygge utvikling av tilpassningsproblemer og sykdom.

Felles prosedyrer for hele kommunen anbefales for å sikre at barna får oppfølging og informasjon tilpasset sin alder, situasjon og behov. Prosedyrene må omhandle ansvarsfordeling, oppgavefordeling, tverrfaglig samarbeid og dokumentasjon av arbeidet. Arbeidet med barn kan implementeres med utgangspunkt i allerede eksisterende systemer.

Barneansvarlig personell er i følge lovbestemmelsene en organisatorisk løsning for alle helseinstitusjoner som omfattes av Spesialisthelsetjenesteloven. Rundskrivet anbefaler ordning med barnekoordinator og barneansvarlige også i kommunene. Det kan bidra til økt fokus på barn som pårørende generelt, bidra til at ansatte i tjenestene for voksne og barn i større grad identifiserer barna, og føre til bredere samarbeid med relevante hjelpeinstanser.

I kapittel 5.2 er funksjonen som barnekoordinator omtalt. Det kan imidlertid stilles spørsmål ved behovet for barnekoordinator i små og oversiktlige kommuner. Kan hende det er tilstrekkelig og hensiktsmessig at rollen som koordinator og barneansvarlig kan tillegges samme person.

5.4 Samarbeid internt i helseforetaket

Innen en familie kan både voksne og barn få oppfølging fra ulike avdelinger innen helseforetaket; psykisk helsevern for barn og unge, somatiske avdelinger og avdelinger for psykisk helsevern og rus. Det er viktig at de ulike avdelingene vet om hverandre og samarbeider.

Plikten til å ha barneansvarlig personell gjelder i hele spesialisthelsetjenesten, og barna vil ha de samme behovene for oppfølging, uavhengig av hvor deres foreldre mottar tjenester. Helseforetaket bør derfor sikre at eksisterende prosedyrer gjøres felles for alle avdelinger.

Flere helseforetak viser til gode erfaringer med opprettelse av en barnekoordinator. Et eksempel er Sykehuset Sørlandet der barnekoordinator har ansvar for både somatikk, rus og psykisk helsevern. I vårt foretak har Psykisk helsevern en ressursgruppe som delvis dekker funksjonen som koordinator. Kirurgisk og medisinsk divisjon er imidlertid ikke en del av ressursgruppen og nettverket. Utvalget anbefaler at det opprettes en stilling som barnekoordinator for hele foretaket, eventuelt at det inngår som en del av en stilling, eller deles mellom flere. Videre at hele foretaket innlemmes i ressursgruppen som blir en viktig referansegruppe for barnekoordinator.

En oversikt over alle barneansvarlige vil lette samarbeidet på tvers av faglig og fysisk tilhørighet. Oversikten over de barneansvarlige og hvordan arbeidet er organisert, bør legges til en slik overordnet koordinerende funksjon. Utvalget presiserer at kontaklinformasjon og organisering av arbeidet også må gjøres kjent for sentralbord og andre som formidler informasjon i systemet.

5.5 Samarbeid på tvers av nivåene.

Sårbare faser for pasientenes barn vil ofte være ved innleggelse og utskrivelse fra sykehus. I forbindelse med disse overgangsfasene må helsepersonell på ulikt nivå avklare ansvarsdeling. I disse fasene trenger barn god og tilpasset informasjon om det som skjer med foreldrene og dem selv.

Dokumentasjon/planverktøy

Gode dokumentasjonssystemer og medarbeidere som kan bruke disse slik de er tenkt, er viktig for å sikre informasjonsflyten og kontinuiteten i arbeidet med barn. Samtidig er det viktig juridisk å kunne vise til hvilke vurderinger som ble gjort, og hvilke tiltak som ble iverksatt i konkrete saker. Det betyr at i alle virksomheter må dokumentasjon om barn som

pårørende innlemmes i eksisterende dokumentasjonssystemer. Det dreier seg om kartlegging av barnet, hvilke behov som foreligger, foreldrefungering, hvilke vurderinger som gjøres og hvilke tiltak som iverksettes. Retningslinjer for dokumentasjon må prosedyrefestest slik at de knyttes opp mot eksisterende avvikssystem.

Divisjon psykisk helsevern har utarbeidet maler for dokumentasjon av barn som pårørende i DIPS. Utvalget anbefaler at hele foretaket tar disse i bruk. Det vil kvalitetssikre informasjonsflyten når pasientene flytter mellom ulike avdelinger. Det vil også forenkle arbeidet i ettertid, ved behov for å søke opp dokumentasjon vedrørende pasientens barn.

Henvisning - inkomstnotat – epikrise

Informasjonsflyten mellom nivåene er viktig for å oppnå kontinuitet i arbeidet. Pasientene beveger seg ofte mellom flere behandlingsnivåer og behovene kan være svært sammensatte og må løses på tvers av nivåer og ulike tjenester. Ved henvisning av pasient må det komme klart frem om vedkommende har barn og hvordan disse er ivaretatt.

Behandlingsansvarlig i spesialisthelsetjenesten må i sitt inkomstnotat dokumentere opplysninger om pasientens barn, og er sammen med pasient og miljøpersonalet ansvarlig for å integrere aktuelle tiltak rettet mot barna og foreldrefungering i behandlingsplanen. Ved utskrivning må aktuell informasjon videreføres til oppfølgende instans. Opplysningene må omhandle hvilke vurderinger som er gjort, hvilke tiltak som er iverksatt og eventuelt behov for videre oppfølging. Gjennom prosedyre har psykisk helsevern satt dette i system. Utvalget anbefaler at prosedyren innlemmes i hele foretaket.

Utvalget foreslår at alle dokumentasjonsmaler som benyttes mellom nivåene, slik som henvisninger, inkomstnotat og epikriser, skal ha et eget punkt som omhandler pasientens barn/familie (jfr. Samarbeidsavtalen i kap.6).

Individuell plan

Ivaretagelse av barn i sårbare overgangsperioder kan også sikres gjennom å ha fokus på aktuelle problemstillinger i ansvarsgruppemøter og tiltak i IP (individuell plan). Siden IP er hjemlet i flere lover; Sosialtjenesteloven, Pasientrettighetsloven, NAV-loven, Kommunehelsetjenesteloven, Barnevernloven og Lov om spesialisthelsetjeneste, er dette samhandlingsverktøyet egnet for samarbeid rundt barns rettigheter som pårørende. Det er gode erfaringer med å ta barns behov blir tatt inn i pasientens individuelle plan/ansvarsgruppe. Samtidig er det viktig å huske at en IP er brukerens plan, og barnas behov kan ikke tvinges inn i denne. Helsepersonell kan derimot motivere foreldre til å ta barnas behov inn i IP og i ansvarsgruppen. En aktuell innfallsvinkel kan være undervisning til foreldre i grupper, der fokuset kan være foreldrefungering og IP.

I noen tilfeller vil barn selv trenge hjelp over lang tid fra flere instanser innad i kommunen og/eller innen spesialisthelsetjenesten. Barn i denne situasjonen har rett til og krav på en egen individuell plan. Den delen av hjelpeapparatet som er ansvarlig for oppfølging/behandling av barn må initiere barnets IP. Et tett samarbeid mellom barn, foreldre og hjelpeapparat vil bidra til gode løsninger.

Fastlegene

Det er viktig at kartleggingen av barn inneholder et punkt om hvem som er barnets fastlege, da mange barn har annen fastlege enn forelderen. Dokumentasjon om oppfølging av pasientens barn går til pasientens fastlege. Barnets fastlege vil dermed ikke få den samme informasjon. Formidling av informasjon kan allikevel skje etter forelderens samtykke. Det presiseres at i de tilfeller der fastlegen er henvisende instans, og samtidig er fastlege for

barnet, har vedkommende et ansvar for å koordinere helsetilbudet både kurativt og forebyggende for aktuelle barn. Som tidligere nevnt anbefaler utvalget at alle dokumentasjonsmaler som benyttes mellom nivåene skal ha et punkt som omhandler pasientens barn. Fastlegen må være bevisst sin nøkkelrolle i å koordinere/videreføre arbeidet som er beskrevet i epikrisen.

Dokumentasjon om oppfølging av barnet sendes barnets fastlege kun i de tilfeller der spesialisthelsetjenesten henviser barnet direkte til BUPP eller annen instans i helseforetaket. Da opprettes egen journal på barnet, (som da regnes for å være pasient), og epikrise sendes på vanlig måte til barnets fastlege.

Fagutvikling

Felles kursdager og fagdager på tvers av nivåene, bidrar til å bygge nettverk som kommer familier og barna til gode. Målgruppen for slike dager må inkludere både helsepersonell og andre faggrupper det er naturlig å samarbeide med; barnevernet, skole, barnehage, brukerorganisasjoner. Det kan hjelpe tjenestene å få oversikt over aktuelle tilbud, og gi kunnskap om hverandres ansvarsområder og oppgaver.

Utvalget anbefaler videre å ha felles samlinger for ressurspersoner i kommuner og barneansvarlige i helseforetaket. Eksempelvis kan det etableres nettverk av barnekoordinatorer fra helseforetak og kommuner, som igjen kan utarbeide felles kompetanseplaner.

Barneansvarlig personell må få anledning til jevnlig faglig påfyll og veiledning i konkrete saker. Dette er spesielt viktig i fasen da arbeidet skal implementeres og usikkerheten er stor. Divisjon psykisk helsevern i helseforetaket har etablert nettverksgrupper med egne veiledere. Gruppene har samling en halv dag to ganger årlig. Veilederne kan for øvrig kontaktes ved behov i enkeltsaker. Dette kan være en modell som kan inkludere hele helseforetaket, og som kommunene også kan etablere, eventuelt i et interkommunalt samarbeid.

I forbindelse med opplæring i hvilke nye oppgaver som tillegges helsepersonell, og hvordan disse kan utføres, vil utvalget vise til E-læring utarbeidet av Barns beste. Dette er et ypperlig redskap som utvalget anbefaler tas i bruk, og som bør være obligatorisk i et introduksjonsprogram for nyansatte.

Fastleger er en viktig målgruppe for informasjon om lovbestemmelsene. Ved arrangering av kurs bør foredragsholdere være godkjente for fastlegenes obligatoriske kurs. Utvalget foreslår videre at tema barn som pårørende tas inn i fastlegenes nyhetsbrev, med hensikt å klargjøre lovendringene med de utfordringer de gir helsepersonell og fastlegene spesielt.

5.6 Samarbeid med andre aktører

Flere frivillige organisasjoner har fokus på barn som pårørende og vil være viktige samarbeidspartnere for å gi barn og foreldre et godt tilbud. Utvalget har som nevnt tidligere mottatt gode innspill fra flere brukerorganisasjoner innen rus og psykisk helse. Innspillene vitner om god kunnskap om lovendringene, kompetanse om barn og foreldres behov, og ikke minst viktige erfaringer med hva som kan være virksom hjelp. Utvalget savner innspill fra brukerorganisasjoner som representerer de med alvorlig fysisk sykdom og skade. Selv om undersøkelser viser at barns behov stor sett er de samme, enten foreldrene har sykdom relatert til rus, psykisk helse eller fysisk sykdom, så anser utvalget brukerorganisasjonene å være viktige i forhold til samarbeid og formidling av informasjon til sine medlemmer.

Familienettverket er en viktig aktør for samarbeid. Mange familiemedlemmer har ofte tatt på seg en tilleggsbelastning med å ivareta daglig omsorg og praktiske gjøremål for den syke og deres barn. Helsepersonell må være spesielt oppmerksomme på foreldre som er alene om omsorgen for barn, og familier som har et begrenset nettverk å støtte seg til. Foreldre som er syke kan ha mer enn nok med å ivareta den daglige omsorg og oppfølging. Fritidsaktiviteter for barna er det som først må vike i en presset situasjon.

Det er viktig at helsepersonell i samarbeid med foreldre kartlegger hvem i nettverket som kan bidra i forbindelse med fritiden til barnet. Eksempler kan være kjøring til og fra fritidsaktiviteter og lekselesing. Det er av stor betydning for barna å kunne delta i aktiviteter og få dekket egne behov som barn.

Samarbeid med brukerorganisasjonene, frivillige organisasjoner og privat nettverk krever fagfolk som ser betydningen av å jobbe mot et felles mål. Fokuset må være på hvordan alle de ulike aktørene kan legge til rette for ivaretagelse av barna, og derigjennom forebygge sykdom og negativ sosial arv.

Ved å samarbeide med frivillige lag og foreninger kan man gi barn som har syke foreldre et bedre fritidstilbud. Eksempelvis kan det gjøres avtaler med klubber og foreninger om oppfølging i bestemte aktiviteter. Kommunens kulturretat, har erfaring i samarbeid med ulike foreninger gjennom drifting av ferieklubber og fritidstilbud, og kan også være en aktuell samarbeidspartner. Andre viktige aktører er slekt og venner av familien.

6 Samarbeidsavtale



Administrativt samarbeidsutvalg i Østfold

Samarbeidsavtale

mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene i Østfold

om oppfølging av barn som pårørende

Formålet med avtalen:

- sikre barn som pårørende hensiktsmessig og god oppfølging i tråd med lovverk.
- sikre nødvendig informasjonsutveksling og samarbeid mellom nivåene og tjenestene uavhengig av hvor i behandlingsskjeden deres foreldre/søsken mottar tjenester.

Foretaket har plikt til å oppnevne en kontaktperson med ansvar for å ha oppdatert informasjon om barneansvarlig personell og hvordan arbeidet er organisert i virksomheten.

Den enkelte kommune har plikt til å utarbeide oversikt over hvordan arbeidet er organisert, og oppnevne en kontaktperson med ansvar for å ha oversikt over arbeidet og tilbud til målgruppen.

Virksomhetene forplikter å sørge for at samhandlingsavtalen gjøres kjent for alle som yter helsehjelp, inkludert medarbeidere ved sentralbordtjenester og andre informasjonskanaler.

Administrativt samarbeidsutvalg har ansvar for å:

- gjøre avtalen kjent for ledere i alle virksomheter
- sørge for at samarbeidsavtalen evalueres
- være adressat for avvik, og følge opp avviket med den som er oppnevnt som adressat i den enkelte kommune og i foretaket.

Avvik på samarbeidsavtalen meldes til Administrativt samarbeidsutvalg ved sekretariatet.

Ved øvrige avvik relatert til oppfølging av barn/familie følger hver kommune/foretaket egne interne melderutiner.

Ledere i hver virksomhet har ansvar for å:

- sørge for at samarbeidsavtalen gjøres kjent for alle som yter helsehjelp, inkludert medarbeidere ved sentralbordtjenester og andre informasjonskanaler.

- sikre et system for oppdatert informasjon om hvem som har koordinerende ansvar, hvordan arbeidet er satt i system, aktuelle samarbeidspartnere og de tiltak/tilbud som finnes rettet mot barn som pårørende.
- Sørge for interne systemer og samarbeidsrutiner mellom ulike tjenester på eget nivå.
- Sikre at alle dokumentasjonsmaler (henvisninger, innkostnotat, epikriser) mellom nivåene inkluderer eget punkt som omhandler pasientens barn/familie.

Alle som yter helsehjelp i Østfold har ansvar for å:

- avklare om pasienten har barn.
- kartlegge barns/familiens situasjon i samarbeid med foreldrene.
- dokumentere vurderinger og tiltak i pasientens journal.
- sikre at nødvendig informasjon om pasientens barn videreformidles til aktuelle instanser.
- motivere foreldre til å ha fokus på barn/familie i individuell plan og ansvarsgruppe.
- informere pasienten om aktuelle tilbud og tiltak som finnes for deres familie og barn.
- sørge for at oppfølging av barn foregår i samarbeid med foreldrene etter gjeldende regler for samtykke.
- gi oppfølging med utgangspunkt i barnets perspektiv og behov.

Avtalen gjelder fra xxxx 2011 og evalueres xxxx 2012 i Administrativt samarbeidsutvalg.

Dato og sted:

For foretaket

For kommunene

7. Avviksrapportering

Lovendringene har vært gjeldende siden 1.1.10 og utvalget finner det betimelig å etterspørre den praktiske oppfølging av loven. Loven forutsetter barneansvarlige i helseforetakets ulike avdelinger, og at kommunene finner gode løsninger på å oppfylle sitt ansvar. Fortsatt er det ikke på plass barneansvarlige i de somatiske avdelinger i foretaket, og det ser ut til at mange kommuner heller ikke har på plass tilfredsstillende ordninger for ivaretagelse av barn som pårørende. Utvalget vil minne om at det enkelte helsepersonell har en selvstendig plikt for oppfølging av barna, og at spesielt ledere er pålagt et særskilt ansvar for å tilrettelegge for dette arbeidet.

Utvalget mener at det er av stor betydning at avvik meldes dersom prosedyrer ikke er utarbeidet, eller når eksisterende prosedyrer ikke følges.

7.1 Avvik innad i kommunene/helseforetaket

Ved generelle avvik på oppfølging av barn som pårørende benyttes interne melderutiner for avvik i den enkelte virksomhet.

7.2 Avvik på samarbeidsavtalen

Når det gjelder avvik på samarbeidsavtalen (kap.6), henvises det til eksisterende system, utarbeidet av Administrativt samarbeidsutvalg.

<http://www.sykehuset-ostfold.no/streamfile.asp?iEntityId=18510>

Både foretak og kommuner skal i følge avtalen melde avvik til spesialkonsulent samhandling, Svein Bergstrøm i SØ. sveber@so-hf.no

Bergstrøm fungerer som sekretariat for Administrativt samarbeidsutvalg, og vil videregående avviket til den som er oppnevnt som adressat i den enkelte kommune og foretaket. Videre rapporterer Bergstrøm rutinemessig status hvert kvartal til Administrativt samarbeidsutvalg.

8. Forslag til system for gjensidig oppdatert informasjon

Et godt samarbeid mellom tjenestene er en forutsetning for å gi et helhetlig tilbud til barn og deres familier. Det innebærer at helsetjenestene har kunnskap og oversikt over hverandres ansvarsområder, tiltak og oppgaver. Det vil være svært u hensiktsmessig og en stor jobb for den enkelte helsearbeider å skulle skaffe tilveie slik oversikt selv.

Utvalget foreslår at arbeidet med å oppdatere oversikt over barneansvarlige og eksisterende tilbud i egen virksomhet tillegges barnekoordinator eller annen oppnevnt person. Alt helsepersonell må være kjent hvor informasjonen finnes. Kontaktinformasjonen må gjøres kjent for alle som yter helsehjelp, inkludert sentralbordfunksjoner som nevnt tidligere.

Informasjon om arbeidet med barn som pårørende kan med fordel være et eget område på nettsidene til den enkelte kommune og helseforetaket. En slik oversikt bør inneholde de tiltak og tilbud som finnes ovenfor målgruppen, og opplysninger om hvem som er koordinator/kontaktperson.

Et annet tiltak er formidling av informasjonsmateriell. Virksomhetene kan utarbeide eget materiell som f. eks plakater og brosjyrer rettet til barn, foreldre og helsepersonell. Gratis brosjyre om barn som pårørende, utarbeidet av Helsedirektoratet bør også gjøres tilgjengelig.

For å sikre at nettsider er oppdaterte må mulige avvik meldes også på dette området.