

Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 DEP
0030
Oslo

Innsendt elektronisk

Deres ref.: 26/1840-

Vår ref: HSAK202600633

Dato: 27-08-2026

Høring av Helsedirektoratets utredning med forslag til styrking av barn og unges rettssikkerhet ved tvangsbruk i psykisk helsevern

1. Overordnede merknader

Legeforeningen viser til høring av Helsedirektoratets utredning med forslag til styrking av barn og unges rettssikkerhet ved tvangsbruk i psykisk helsevern.

Legeforeningen støtter formålet om å styrke barn og unges rettssikkerhet ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Barn som mottar psykisk helsehjelp på grunnlag av foreldres samtykke, men som selv motsetter seg helsehjelpen, kan i realiteten befinne seg i en tvangssituasjon. Det er derfor viktig at regelverket gir tydelige rettssikkerhetsgarantier, samtidig som det legger til rette for forsvarlig helsehjelp, gode behandlingsforløp og samarbeid med foreldre eller andre med foreldreansvaret.

Legeforeningen mener samtidig at regelverket for barn må utformes med utgangspunkt i barns særlige situasjon. Barn er ikke små voksne. Rettssikkerhet for barn må derfor ikke bare handle om å overføre ordninger som gjelder for voksne, men om å vurdere hvilke mekanismer som faktisk ivaretar barns interesser, barnets beste og barns mulighet til reell medvirkning.

Dette har også vært et gjennomgående tema i Legeforeningens tidligere innspill til utviklingen av tvangsregelverket. I arbeidet etter Paulsrud-utvalget og senere i høringene til Tvangslovutvalget har Legeforeningen understreket betydningen av praktisk anvendbare regler, klinisk realisme, faglig forankring og involvering av relevante fagmiljøer. Vi har tatt til orde for at regler som gjelder barn og unge bør synliggjøres og samles på en tydeligere måte, og har pekt på utfordringer knyttet til vurderinger av alder, modenhet og medvirkning hos barn.

Legeforeningen ser derfor positivt på at barns rettsstilling nå vurderes særskilt og at det foreslås et eget kapittel om barn under 16 år. Samtidig mener vi at videre regelutvikling på området må bygge på selvstendige barnefaglige, utviklingspsykologiske og barnepsykiatriske vurderinger. Barns rettssikkerhet bør styrkes på barns premisser, og ikke primært gjennom overføring av modeller utviklet for voksne pasienter.



2. Konkrete merknader til forslagene

2.1. Nytt kapittel 2A i psykisk helsevernloven

Legeforeningen støtter forslaget om å samle de særlige bestemmelsene om psykisk helsehjelp til barn under 16 år i et nytt kapittel 2A i psykisk helsevernloven. Dagens regulering er fragmentert og kan være vanskelig tilgjengelig. Vi støtter at et eget kapittel vil kunne bidra til bedre oversikt, tydeligere rettigheter og mer enhetlig praksis.

Legeforeningen støtter også at det utarbeides mer detaljert veiledning til tjenestene og kontrollkommisjonene om saker som gjelder barn i psykisk helsevern.

2.2. Legeforeningen støtter alternativ 2

Legeforeningen mener foreldresamtykke bør fortsatt være det sentrale rettsgrunnlaget for etablering av psykisk helsevern for barn under 16 år. Foreldreansvaret står sterkt i norsk rett, og det er et grunnleggende utgangspunkt at foreldre skal kunne samtykke til nødvendig helsehjelp for egne barn. Dette gjelder både i somatikk og i psykisk helsevern. Barns rettssikkerhet bør styrkes gjennom bedre veiledning til tjenestene, foreldre og kontrollkommisjonene, fremfor gjennom ytterligere byråkratisering. Et krav om 'dobbel hjemmel' for etablering av psykisk helsevern for barn under 16 år vil dessuten kunne skape uklarhet om ansvarsforholdet mellom foreldre og helsepersonell.

Legeforeningen mener dagens ordning, der foreldre eller andre med foreldreansvar sammen med ansvarlig spesialist fatter nødvendige beslutninger for barn mellom 12 og 16 år, i hovedsak fungerer godt og bør videreføres.

Legeforeningen mener på denne bakgrunn at alternativ 2 best ivaretar balansen mellom barns rettssikkerhet, foreldres ansvar og behovet for praktisk gjennomførbare regler i klinisk hverdag.

Vi vil også bemerke at vi stiller spørsmål ved om det foreliggende kunnskapsgrunnlaget i tilstrekkelig grad dokumenterer at alternativ 1 vil gi bedre rettssikkerhet for barn enn alternativ 2. Etter Legeforeningens syn bør vurderingen av barns rettssikkerhet ta utgangspunkt i barns særlige behov og utvikling, og ikke primært i modeller utviklet for voksne pasienter.

2.3. Foreldresamtykke og ansvars plassering

Legeforeningen mener som nevnt at foreldresamtykke fortsatt bør være det sentrale rettsgrunnlaget for etablering av psykisk helsevern for barn under 16 år. Foreldreansvaret innebærer at foreldre eller andre med foreldreansvaret skal kunne samtykke til nødvendig helsehjelp på vegne av barnet. Samtidig er Legeforeningen enig i at det kan være belastende for foreldre å samtykke til helsehjelp som barnet motsetter seg, særlig i alvorlige situasjoner der barnet har sterkt behov for helsehjelp, men selv ikke ønsker å ta imot hjelpen.

Etter Legeforeningens syn bør denne belastningen møtes gjennom god veiledning, tydelig informasjon, tett samarbeid mellom foreldre og behandlere, og en reell kontrollordning. Dette vil kunne bidra til at foreldre møter fagpersoner som står støtt i sine vurderinger og som kan ta ansvar for de helsefaglige beslutningene.

Dette er viktig både av hensyn til foreldrene og barnet. Foreldre skal ikke alene måtte bære ansvaret for inngrep barnet motsetter seg. Samtidig er det avgjørende at foreldre kan opprettholde rollen som trygge omsorgspersoner og støttespillere for barnet gjennom behandlingsforløpet. For barn og unge

med alvorlige psykiske lidelser vil trygghet, forutsigbarhet og støtte fra nære voksne ofte være en viktig del av rammen rundt forsvarlig behandling.

2.4. Gjennomføringstiltak etter kapittel 4

Legeforeningen støtter målet om bedre dokumentasjon, etterprøvbarhet, klageadgang og rettssikkerhet ved bruk av gjennomføringstiltak overfor barn. Vedtak kan ha en viktig rettssikkerhetsfunksjon, særlig ved inngripende tiltak som barnet motsetter seg. Samtidig vil vi understreke at tiltakene i kapittel 4 er svært ulike i karakter, alvorlighetsgrad og praktisk betydning.

Fra fagmiljøene er det særlig spilt inn at det ved behandling av barn med alvorlige spiseforstyrrelser, kunne oppstå krevende grensedragninger mellom medisinsk indisert behandling, foreldresamtykke og tvangstiltak. Det vil være uheldig dersom fastholding i forbindelse med ernæring er vedtakspliktig, mens selve sondeernæringen ikke er det.

Vi mener det er behov for et mer helhetlig og pedagogisk regelverk for barn, særlig der tvang brukes som ledd i behandling av alvorlige spiseforstyrrelser. Regelverket må både ivareta barnets rettssikkerhet og sikre at nødvendig helsehjelp ikke forsinkes eller vanskeliggjøres av uklare eller uforholdsmessig byrdefulle saksbehandlingskrav. Legeforeningen mener derfor at departementet bør sørge for at det foretas en bredere og mer konkret vurdering av kapittel 4-reglene i samråd med relevante fagmiljø slik de skal anvendes overfor barn, før det innføres en generell vedtaksplikt for alle gjennomføringstiltak. Legeforeningen bidrar gjerne i et slikt arbeid.

2.5. Barn under 12 år og vurdering av modenhet

Legeforeningen støtter at barns alder og modenhet skal tillegges betydning, og at barn skal få medvirke i samsvar med alder og utvikling. Samtidig mener Legeforeningen at forslaget om en flytende nedre aldersgrense kan skape usikkerhet i praksis. Uklare grenser kan være uheldige i situasjoner der barnet, foreldrene og helsepersonellet har behov for forutsigbarhet, trygghet og tydelige rammer rundt behandlingen.

Forslaget om at reglene også skal kunne gjelde barn under 12 år dersom barnet viser særlig modenhet for alderen, reiser krevende praktiske og rettslige spørsmål. Vurderingen av barnets modenhet vil ofte måtte gjøres av helsepersonell som ikke kjenner barnet fra før, og i situasjoner der barnet er akutt sykt eller i alvorlig krise. I slike situasjoner kan det være svært vanskelig å foreta en forsvarlig og treffsikker vurdering av barnets modenhet, forståelse og beslutningsforutsetninger. Regelverket bør derfor være så klart som mulig for helsepersonell som skal fatte beslutninger i akutte og klinisk krevende situasjoner.

Legeforeningen mener at barns rett til å bli hørt og få medvirke må ivaretas uavhengig av alder. Samtidig bør det skilles tydelig mellom barnets rett til å bli hørt, barnets rett til medvirkning og den rettslige betydningen av barnets motstand. Forslaget om en flytende nedre aldersgrense synes ikke tilstrekkelig drøftet opp mot reguleringen av nedre aldersgrense i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4. Departementet bør derfor vurdere grundigere hvordan en eventuell særregulering skal forholde seg til reguleringen for beslutningskompetanse som gjelder for annen helsehjelp for barn. Dersom det besluttes å gå videre med en flytende nedre aldersgrense etterlyser vi tydeligere kriterier og praktisk veiledning for hvordan vurderinger av alder og modenhet hos barn under 12 år skal gjennomføres. Slik veiledning bør også omtale hvordan barnets synspunkter kan innhentes og vektlegges på en måte som er tilpasset barnets alder, utvikling og situasjon.

Legeforeningen savner videre en mer utfyllende vurdering av hvordan regelverket skal anvendes for unge mellom 16 og 18 år. Det følger allerede av loven at 16 år er den helserettslige myndighetsalderen, og at reglene derfor fullt ut gjelder for denne aldersgruppen. Etter Legeforeningens vurdering er dette likevel for knapt behandlet. Foreldreansvaret gjelder frem til fylte 18 år, og unge mellom 16 og 18 år vil i mange tilfeller fortsatt være avhengige av foreldre eller andre omsorgspersoner, både praktisk, emosjonelt og behandlingsmessig.

Vi får innspill på at dette er svært krevende vurderinger å foreta i praksis. Det bør derfor klargjøres nærmere hvordan foreldreansvar, ungdommens selvbestemmelse, pårønderolle, informasjonsdeling og helsepersonellens ansvar skal forstås og avveies for denne gruppen. Dette er særlig viktig i psykisk helsevern, der behandlingsforløp ofte forutsetter samarbeid mellom ungdommen, foreldre og behandlingsapparatet.

2.6. Kontrollkommisjonens rolle

Legeforeningen støtter at kontrollkommisjonens rolle tydeliggjøres og styrkes. Dette gjelder både kontrollkommisjonens prøving etter alternativ 2, krav til skriftlig redegjørelse, barnets rett til å uttale seg, foreldrenes mulighet til å uttale seg og forslaget om månedlige besøk ved institusjoner der barn under 16 år har døgnopphold eller mottar sammenlignbart behandlingstilbud.

En velfungerende kontrollkommisjonsordning skal være en sentral rettssikkerhetsgaranti for barn som motsetter seg psykisk helsehjelp. Samtidig må ordningen utformes på barns premisser. Møter mellom barnet og kontrollkommisjonen må tilpasses barnets alder, modenhet og situasjon, og bør gjennomføres på en måte som barnet kan forstå og håndtere.

Legeforeningen mener det bør utarbeides standardiserte maler og praktisk veiledning for redegjørelser fra faglig ansvarlig til kontrollkommisjonen. Dette kan bidra til likere praksis, bedre saksopplysning og mindre administrativt merarbeid.

2.7. Grenseflaten mot barnevernet

Legeforeningen mener det er behov for tydeligere veiledning om grenseflaten mellom psykisk helsevern, foreldreansvaret og barnevernets ansvarsområde. I klinisk praksis oppstår det vanskelige situasjoner der det kan være uklart om barnets behov primært skyldes psykisk sykdom, omsorgssvikt, rus, alvorlige atferdsvansker eller sammensatte forhold. I slike situasjoner vil det være en risiko for at barna faller mellom to stoler, hvilket i seg selv representerer en trussel for rettssikkerheten. Det bør derfor jobbes videre med klargjøring av ansvarlinjer og ytterligere veiledning til tjenestene. Veiledningen bør etter Legeforeningens syn inneholde konkrete eksempler på grenseflater mellom psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven og barnevernsloven. Den bør også omtale meldeplikt, samhandling og håndtering av situasjoner der foreldre ikke samtykker til nødvendig helsehjelp.

2.8. Primærhelsetjenestens rolle

Fastleger kan ha kjennskap til barnet over tid og tilgang til tidligere journalopplysninger, mens legevaksleger ofte må gjøre vurderinger på et mer begrenset informasjonsgrunnlag i en akutt situasjon. Det er behov for veiledning for leger i primærhelsetjenesten som må gjøre vanskelige vurderinger av alvorlighetsgrad, motstand, funksjonssvikt og behov for innleggelse.



Det bør klargjøres hvilke forventninger som stilles til innleggende lege, hvordan vurderinger skal dokumenteres, hvilken informasjon som bør innhentes når det er mulig, og hvordan ansvar fordeles mellom innleggende lege, mottakende institusjon og faglig ansvarlig i psykisk helsevern.

2.9. Ressurs- og implementeringsbehov

Det følger av flere av punktene ovenfor at vi mener at regelverksendringene må følges av tilstrekkelig implementeringsstøtte. Forslagene vil kunne gi behov for nye rutiner, opplæring, maler, dokumentasjonskrav, veiledning samt økt kapasitet i kontrollkommisjonene. I det psykiske helsevernet er psykiaterne allerede en knapphetsressurs. Flere av anbefalingene vil kreve tid fra allerede presset personell. For å muliggjøre disse endringene er det behov for både økt finansiering og at det settes av tilstrekkelig tid. Dette gjelder selv om antallet barn som omfattes av reglene er begrenset.

Dersom nye rettssikkerhetsgarantier skal fungere etter hensikten, må de være forståelige og praktisk anvendelige for helsepersonell, barn, foreldre og kontrollorganer. Legeforeningen mener derfor at departementet bør sikre at regelverksendringene følges opp med praktiske veiledere, standardiserte maler, EPJ-tilpasninger og opplæringstiltak.

Uten slik implementeringsstøtte er det risiko for ulik praksis, økt administrativ belastning og svakere gjennomføring av de rettssikkerhetsgarantiene forslagene er ment å etablere.

Videre vil vi understreke at nye endringer i psykisk helsevernloven må ses i lys av at regelverket på området allerede har vært gjenstand for flere revisjoner og pågående endringsprosesser. Hyppige lovendringer kan i seg selv skape usikkerhet i tjenestene dersom de ikke følges av tilstrekkelig tid, opplæring og implementeringsstøtte. På et område hvor regelverket regulerer inngripende tiltak overfor barn, er det særlig viktig at de som skal anvende reglene, har inngående kjennskap til vilkår, saksbehandlingskrav, dokumentasjonsplikter og klageordninger. Etter Legeforeningens syn er det en forutsetning for at endringene faktisk skal bidra til styrket rettssikkerhet for barn.