

Tvangsregelverk – psykisk helsevern barn

1 Hovedinnhold	1
2 Bakgrunn	3
2.1 Arbeidet med oppdraget	4
2.2 Tidligere forslag om styrking og klargjøring av rettigheter for barn under 16 år	4
2.3 Kunnskap om barn som motsetter seg psykisk helsevern	6
2.4 Overblikk over gjeldende rett i Norge og i andre land	9
3 Eget kapittel for barn under 16 år?	11
3.1 Gjeldende rett	12
3.2 Vurderinger og forslag	12
4 Fortsatt foreldresamtykke som grunnlag for psykisk helsevern for barn	12
4.1 Gjeldende rett	13
4.2 Tvangslovutvalgets forslag	14
4.3 Vurderinger og forslag	14
5 Alternativ 1: Samme regler for etablering av tvungent vern for voksne og barn mellom 12 og 16 år	15
5.1 Innledning	15
5.2 Gjeldende rett	15
5.3 Tvangslovutvalgets forslag og etterfølgende høringsnotat	15
5.4 Samme regler for voksne og barn	16
5.5 Nærmere om “alvorlig sinnslidelse” når barn underlegges tvungent vern	17
5.6 Nærmere om vilkåret om manglende samtykkekompetanse	18
5.7 Nærmere om vilkåret om motstand i relasjon til barn	18
5.8 Øvrige konsekvenser	19
6 Alternativ 2: Styrking av gjeldende prøvingsordning ved psykisk helsevern for barn etter foreldresamtykke	20
6.1 Innledning	21
6.2 Gjeldende rett	21
6.3 Tvangslovutvalgets forslag	22
6.4 Vurderinger og forslag	22
7 Krav om vedtak ved gjennomføringstiltak	24
7.1 Innledning	25

7.2 Gjeldende rett	25
7.3 Tvangslovutvalgets forslag	28
7.4 Vurderinger og forslag	28
8 Godkjenning av og velferdskontroll ved institusjoner	32
8.1 Innledning.....	33
8.2 Gjeldende rett	33
8.3 Tidligere forslag	34
8.4 Vurderinger og forslag	34
9 Veiledningsplikt	34
9.1 Gjeldende rett	35
9.2 Tvangslovutvalgets forslag	35
9.3 Vurderinger og forslag	35
10 Økonomiske og administrative konsekvenser	36
11 Forslag til lov- og forskriftsendringer.....	37
Alternativ 1:	38
Alternativ 2:	39

1 Hovedinnhold

I dette notatet foreslår Helsedirektoratet enkelte endringer i psykisk helsevernloven. Forslaget er utarbeidet på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (Tildelingsbrevet 2025-27):

"Departementet viser til Paulsrud-utvalgets og Tvangslovutvalgets vurderinger av at det er behov for å klargjøre og styrke barn og unges rettigheter ved bruk av tvang i psykisk helsevern. Helsedirektoratet skal utarbeide et forslag til hvordan dette best kan gjøres innenfor dagens lovstruktur."

Direktoratet har utformet to alternative forslag innenfor rammen av dagens lovstruktur, som begge tydeliggjør og forbedrer regelverket om psykisk helsevern for barn og unge. Vi har tatt hensyn til endringer som følge av Prop 31 L (2024-2025), som trer i kraft 1. juni 2026.

Alternativ 1 går ut på at psykisk helsevernlovens regler for etablering av tvungent psykisk helsevern utvides til å gjelde barn mellom 12 og 16 år, samt yngre barn dersom alder og modenhet tilsier det. Det innebærer at faglig ansvarlig må fatte vedtak om tvungent vern når barnet motsetter seg psykisk helsehjelp. I tillegg videreføres dagens regler om at foreldrene må gi sitt samtykke (se kapittel 5). Der barn ikke motsetter seg, er det tilstrekkelig med foreldresamtykke. Videre presiseres det i en egen bestemmelse at helsepersonell skal fatte vedtak om gjennomføringstiltak (kapittel 4-vedtak som blant annet innskrenkning i retten til kommunikasjon, tvangsmidler, behandling uten eget samtykke), ved psykisk helsevern overfor barn under 16 år, på samme måte som overfor voksne (se kapittel 7). Det kreves som hovedregel foreldresamtykke i tillegg til vedtak. Alternativet gir i hovedsak samme materielle og prosessuelle rettigheter og klageordninger for barn i psykisk helsevern som for voksne.

Alternativ 2 innebærer at etablering av psykisk helsevern for barn under 16 år skjer etter foreldresamtykke alene, som i dag. Dagens ordning med at kontrollkommissjonen overprøver etablering av psykisk helsevern når barn mellom 12 og 16 år (samt yngre barn dersom alder og modenhet tilsier det) motsetter seg, videreføres. Hvordan kommisjonen skal behandle disse sakene tydeliggjøres (se kapittel 6). Det innføres krav om redegjørelse fra ansvarlig helsepersonell til kommisjonen. Det lovfestes også at faglig ansvarlig skal fatte vedtak om gjennomføringstiltak (kapittel 4-vedtak) ved psykisk helsevern overfor barn under 16 år, på samme måte som overfor voksne (se kapittel 7). Dette skal gjelde selv om det ikke ligger et vedtak om tvungent psykisk helsevern "i bunnen". Det kreves som hovedregel foreldresamtykke i tillegg til vedtak.

Vi har vært i tvil om vi skal anbefale det ene alternativet fremfor det andre. Vi har likevel, etter en samlet vurdering, kommet til at vi vil anbefale alternativ 1. Det sikrer en mer enhetlig og likeverdig behandling av voksne og barn under 16 år, samtidig som regelverket forenkles. Rettssikkerheten styrkes ved at krav om vedtak ved etablering av psykisk helsevern sikrer begrunnelse og klagerett. Vedtakskrav vil også kunne minske belastningen på foreldrene siden barnet da ikke utelukkende er innlagt på foreldresamtykke.

En motforestilling er at vedtakskrav kan øke arbeidsbelastningen for helsepersonell. Til dette kan anføres at det i dag er et relativt lite antall tilfeller der barn under 16 år motsetter seg å bli underlagt psykisk helsevern,¹ og at det ikke ventes en økning av tilfeller ved innføring av

¹ I 2024 mottok kontrollkommissjonen totalt 73 saker der barn mellom 12 og 16 år hadde motsatt seg behandling ved innleggelse i døgninstitusjon, se tabell 3.

vedtakskrav. Det kan også anføres at forslaget legger for stor vekt på barns rett til selvbestemmelse og medvirkning på bekostning av barnets beste, da formaliserte prosesser kan virke mer belastende og fremmedgjørende for barn enn dagens regler. Vi tenker likevel den rettssikkerhetsmessige gevinsten ved alternativ 1 er høyere enn ulempene.

Alternativ 2 opprettholder et skille mellom barn og voksne, som gir barn noe svakere rettssikkerhetsgarantier enn voksne ved etablering av psykisk helsevern. På den annen side ivaretar også dette alternativet barnas rettssikkerhet ved tvangsbehandling og andre gjennomføringstiltak bedre enn dagens regler.

Direktoratet har vurdert å utarbeide et forslag basert på Tvangslovutvalget (NOU 2019: 14), men har valgt å ikke gå videre med dette da utvalgets forslag skiller seg fra psykisk helsevernloven i lovstruktur, vilkår og begrepsbruk. Særskilte regler for barn basert på utvalgets forslag inntatt i gjeldende lov, vil øke lovens kompleksitet. Vi har likevel sett hen til utvalget i arbeidet vårt. Alternativ 1 har viktige likhetstrekk med utvalgets forslag, herunder at helsepersonell skal fatte vedtak ved psykisk helsehjelp overfor barn mellom 12 og 16 år som motsetter seg.

Uavhengig av alternativ, foreslår vi at viktige bestemmelser om psykisk helsehjelp for barn samles i nytt kapittel 2A i psykisk helsevernloven. Dette gir økt synlighet og oversikt for barn og brukere av loven uten å endre lovens struktur vesentlig.

For å styrke kvaliteten og rettssikkerheten foreslår vi i tillegg å utarbeide mer detaljerte veiledninger til tjenesten og kontrollkommisjonen i saker som gjelder barn i psykisk helsevern. Dette tiltaket kan iverksettes selv om hverken alternativ 1 eller 2 velges.

Fremstilling av dagens regler og alternativ 1 og 2:

Dagens regler	Forslag: Alternativ 1	Forslag: Alternativ 2
Foreldresamtykke for barn under 16 år. jf. phvl. 2-1 første ledd. Formelt anses etableringen som frivillig.	Foreldresamtykke for barn under 16 år. I tillegg må helsepersonell fatte vedtak etter reglene i phvl §§ 3-2 og 3-3 for barn mellom 12 og 16 år som motsetter seg og for yngre barn der alder og modenhet tilsier det.	Foreldresamtykke for barn under 16 år.
Kontrollkommisjonen overprøver psykisk helsevern i døgninstitusjon for barn mellom 12 og 16 som motsetter seg, jf. phvl. § 2-1 andre ledd. Fortolkninger har utvidet prøvingen til inngripende arenaflexible tilbud (ikke døgn) og til barn under 12 år som viser særlig modenhet	Klage på etablering av tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern behandles etter samme regler som for voksne	Kontrollkommisjonen overprøver psykisk helsevern i døgninstitusjon/sammenlignbart behandlingstilbud for barn mellom 12 og 16, og yngre barn ved alder og modenhet, som motsetter seg.
Fortolket at det skal fattes vedtak ved gjennomføringstiltak etter bestemmelser i phvl. kapittel 4 der tvungent vern <i>ikke</i> er et vilkår. Der TPH er et vilkår, skjer gjennomføringstiltak med foreldresamtykke.	Vedtakskrav ved alle gjennomføringstiltak etter phvl. kapittel 4	Vedtakskrav ved alle gjennomføringstiltak etter phvl. kapittel 4
Viktigste regler spredt i lovverket, og er dels basert på fortolkninger	Viktigste bestemmelser om barn i nytt kapittel 2A.	Viktigste bestemmelser om barn i nytt kapittel 2A.

2 Bakgrunn

2.1 Arbeidet med oppdraget

Etter dialog med departementet har direktoratet forstått oppdraget slik: Vi skal foreslå å samle og tydeliggjøre tolkninger, gjøre reglene for barn under 16 år i psykisk helsevern mer tilgjengelige og eventuelt foreslå andre endringer som styrker barns rettssikkerhet innenfor dagens lovstruktur. Det forventes ikke nye utredninger, utover at det tas hensyn til lovendringer og eventuell ny kunnskap siden Tvangslovutvalget leverte sin utredning i 2019.

For å få mer kunnskap om barn i psykisk helsevern og behovet for klargjøring og styrking av regelverket, har vi besøkt Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling ved Oslo universitetssykehus og Nic Waals institutt ved Lovisenberg Diakonale sykehus, og hatt samtale med representant for Regional seksjon for spiseforstyrrelser (RASP). Vi har hatt møter med ledere av kontrollkommisjoner ved barne- og ungdomsposter i psykisk helsevern, representanter for Mental Helse Ungdom og medarbeidere i Nordlandsforsknings prosjekt [Tvang i barne- og ungdomspsykiatrien](#).²

Samtalene bekreftet behov for en klargjøring og styrking av rettssikkerheten til barn i psykisk helsevern. Det ble blant annet fremhevet behov for tydeligere kriterier for og krav til begrunnelser for gjennomføringsvedtak og for styrking av kontrollkommisjonens etterprøving av tvangsbruken. Spesielt ble påpekt behov for å styrke rettssikkerheten til barn som sondeernæres, da dette er et spesielt inngripende tiltak som sjelden eller aldri gjennomføres uten en form for motstand. Flere trakk fram at også barn under 12 år kan ha begrunnet motstand mot inngripende tiltak, og at det ikke bør trekkes noen absolutt nedre aldersgrense for rett til overprøving mv. ved 12 år.

I arbeidet har vi innhentet data om barn og unge i psykisk helsevern fra Norsk pasientregister (NPR) og fra kontrollkommisjonens årsrapporter til Helsedirektoratet, se kapittel 2.3.

Arbeidet med oppdraget i direktoratet har vært forankret i avdeling rettssaker og helserett med bidrag fra avdelingene analyse, fagutvikling i spesialisthelsetjenesten og helserett.

2.2 Tidligere forslag om styrking og klargjøring av rettigheter for barn under 16 år

Innledning

Rettighetene for barn under 16 år som motsetter seg psykisk helsehjelp, er i det vesentlige uendret siden psykisk helsevernloven trådte i kraft i 2001.³ I senere utvalgsarbeid mv. er det foreslått gjennomgang og styrking av rettighetene til barn som underlegges psykisk helsevern som de motsetter seg. Dels har det vært vurdert at reglene som gjelder barn er materielt og prosessuelt mangelfulle, dels at de er vanskelig tilgjengelige. Det er i noen grad kompensert for mangler og uklarheter gjennom lovfortolkninger og rundskriv.

Nedenfor omtales kort sentrale utredninger mv. kronologisk.

² Prosjektet kartlegger omfanget av tvangsbruk og hvilke typer av tvang som brukes på ungdomspsykiatriske avdelinger (13-18 år). Prosjektet pågår fram til sommeren 2026.

³ Med virkning fra 2007 ble det presisert at kontrollkommisjonens overprøving av etablering av psykisk helsevern der barn ikke var enig i tiltaket, skulle avgrenses til psykisk helsevern *i institusjon*, da det ble vurdert at dette var det mest inngripende tiltaket og hvor det var det største behovet. Barn over 12 år fikk samtidig rett til fri rettshjelp i saker for kontrollkommisjon, jf. § 1-7 tredje ledd.

[NOU 2011: 9 Økt selvbestemmelse og rettssikkerhet \(Paulsrud-utvalget\)](#)

Utvalgets gjennomgikk tvangsbestemmelsene i psykisk helsevern med tanke på pasientenes rettssikkerhet og ivaretagelse av hensynet til lik og forsvarlig utøvelse av tvang.

Utvalget manglet særskilt kompetanse på barn, og behandlet derfor ikke spørsmål særlig knyttet til denne gruppen. Utvalget mente imidlertid at det ville være aktuelt å vurdere forholdet mellom foreldresamtykke og tvang overfor barn under 16 år, deres rettssikkerhet ved poliklinisk behandling og krav til døgnenheter som behandler barn mellom 12 og 16 år mot deres vilje.

[Barneombudets rapport "Grenseløs omsorg" \(2015\)](#)

Rapporten undersøkte bruk av tvang mot barn i barneverns- og psykisk helsevern-institusjoner. Ombudet anbefalte at reglene for psykisk helsevern blir revidert med tanke på barns særlige behov og rett til beskyttelse, at barnekonvensjonens grunnleggende prinsipper synliggjøres i regelverket og at bruken av tvang utenfor institusjon utredes. Ombudet mente at regelverket som gjelder barn er komplisert, lite tilgjengelig og lite forutsigbart for barn.

Ombudet mente også at klagesystemet er lite barnesensitivt og lite tilgjengelig for barn, men fant at barna som klager til kontrollkommisjonen var fornøyde med hvordan de blir møtt og ivaretatt. Ombudet mente derfor at det bør legges bedre til rette for at barn kan klage.

[NOU 2019: 14 Tvangsbegrensningsloven \(Tvangslovutvalget\)](#)

Tvangslovutvalgets oppdrag var å foreta en samlet gjennomgang av og utrede behov for revisjon og modernisering av reglene om bruk av tvang i helse- og omsorgssektoren, herunder vurdere behov for tilpasninger til ulike pasient- og brukergruppers behov, for eksempel barn og unge.

Utvalget foreslo en felles tvangslov for helsehjelp som i dag er regulert av psykisk helsevernloven, pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A og helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 og 10.

Et av utvalgets sentrale forslag var at tvangsbegrepet skulle avgrenses til situasjoner der helsehjelp gjennomføres ved overvinnelse eller omgåelse av motstand. Dersom personen ikke motsatte seg, skulle det altså ikke anses som tvang.

Utvalget foreslo i hovedsak samme tvangsdefinisjon for barn mellom 12 og 16 år, og for barn under 12 år som viser en særlig modenhet i den aktuelle situasjonen, som for voksne (forslag til ny tvangsbegrensningslov § 1-3 tredje ledd). Forslaget innebar at foreldrene ikke lenger skal samtykke til tvangstiltak overfor sine barn, men at disse besluttes av helsepersonell gjennom vedtak. Tvangsbegrepet overfor barn skulle avgrenses til tiltak som er "særlig inngripende", herunder innleggelse i døgninstitusjon og medisinerings. Ved mindre inngripende tiltak skulle foreldresamtykke fortsatt være rettslig grunnlag.

Utvalget foreslo også plikt til å tilby veiledning til foreldrene eller andre med foreldreansvaret, når barn med rett til helsehjelp, utviser slik motstand at det er uforsvarlig å gjennomføre helsehjelp barnet har sterkt behov for.

Høringsinstanser som kommenterte forslagene om barn, var generelt positive til at barns rettssikkerhet styrkes.

[Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra tvangslovutvalget \(2021\)](#)

I høringsnotatet kommenterte departementet hvilke forslag fra Tvangslovutvalget en henholdsvis ønsket å følge opp, ikke ønsket å følge opp og forslag det ikke var tatt stilling til.

Departementet ønsket å følge opp forslaget om beslutning av tvangsvedtak overfor barn, og foreslo at virkeområdebestemmelsen (høringsnotatets § 1-2) presiserte at lovens regler om tvang skulle gjelde for barn mellom 12 og 16 år og barn under 12 år som viser særlig modenhet i situasjonen. Det innebar at når barn i denne gruppen motsetter seg helsehjelpen, skal helsepersonell - på samme måte som for personer over helserettslig myndighetsalder - treffe vedtak om helsehjelp. Forutsetningen var at det dreide seg om særlig inngripende tiltak. Innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon og behandling av psykiske lidelser med legemidler skulle i alle tilfelle regnes som særlig inngripende tiltak. Ved mindre inngripende tiltak skulle foreldresamtykke fortsatt være rettslig grunnlag.

[Prop 31 L \(2024-25\) Endringer i psykisk helsevernloven og pasient- og brukerrettighetsloven mv.](#) Enkelte av forslagene fra Tvangslovutvalget, ble fulgt opp i Prop. 31 L (2024-25). Lovforslagene er vedtatt og trer i kraft 1. juni 2026. En av endringene innebærer at det heretter kan gis psykisk helsehjelp til personer som mangler samtykkekompetanse, men ikke motsetter seg hjelpen, uten å fatte tvangsvedtak. Utvalgets forslag om utvidelse av virkeområdet for reglene om tvang og motstand til barn *under* 16 år, ble ikke fulgt opp.

2.3 Kunnskap om barn som motsetter seg psykisk helsevern

Innledning

Vi har mangelfull kunnskap om bruken av tvang i psykisk helsevern for barn og unge. I en kunnskapsoppsummering fra 2020 konkluderes det at forskningen på feltet er begrenset. Kunnskapen som finnes viser at registreringsrutinene for tvang er av dårlig kvalitet og at det er stor variasjon i bruken av tvang mellom avdelinger.⁴

Tiltak overfor barn i psykisk helsevern baserer seg dels på foreldresamtykke, dels på vedtak. Det skjer ingen systematisk registrering. Derfor finnes det ikke pålitelige data om tiltak som iverksettes overfor barn som motsetter seg tiltakene. En har betydelig bedre kunnskap om forekomst og omfang av tvangsbruk overfor voksne, noe som henger sammen med at det er klare vedtakskrav når slike tiltak iverksettes overfor voksne. Behov for kunnskap er et selvstendig argument for å innføre krav om vedtak ved tiltak i psykisk helsevern som barn motsetter seg.

Helseforetakenes innrapportering til Norsk pasientregister (NPR) og kontrollkomisjonens årlige aktivitetsrapporteringer gir likevel et bilde av hvor mange barn som behandles i psykisk helsevern hvert år og av barns motstand mot tiltak. Dataene nedenfor kan illustrere behovet for lovendringer og bidra til å belyse økonomiske og administrative konsekvenser av forslagene.

Antall barn mellom 7 og 16 år i psykisk helsevern

Tabell 1 viser antall barn i alderen fra 7 til og med 15 år som har vært i døgnbehandling eller i kontakt med poliklinikk i psykisk helsevern i perioden 2019-2024, fordelt på gruppene under og over 12 år. I tillegg er det samlede antall barn hvor også behandling hos psykologspesialistene og psykiatere inngår, presentert. Antall barn med døgninnleggelse utgjorde i 2024 1080, hvorav 904 var over 12 år.

⁴ Olesen, E. (2020) Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 17/01, 24-26. [Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering | Tidsskrift for psykisk helsearbeid](#)

Tabell 1.

År	Aldersgrupper	Helseforetak og private foretak			Pasienter totalt i psykisk helsevern (inkl bidrag fra avtalespesialistene)
		Døgnpasienter	Polikliniske pasienter	Pasienter totalt	
2019	7-11 år	239	16559	16631	17178
	12-15 år	760	17520	17569	18310
2020	7-11 år	184	16096	16137	16603
	12-15 år	821	18472	18521	19238
2021	7-11 år	189	17404	17445	17799
	12-15 år	1018	22342	22384	23079
2022	7-11 år	187	18422	18473	18783
	12-15 år	973	23220	23279	23883
2023	7-11 år	201	19613	19711	20008
	12-15 år	904	24667	24748	25354
2024*	7-11 år	176	20117	20192	20437
	12-15 år	904	25318	25408	25942

*2024 tallene kan være underestimert fordi det mangler løpenummer på noen pasienter.

Antall utskrivninger for pasienter 12-15 år i psykisk helsevern fordelt på utskrivningsdiagnoser

Tabell 2 viser antall utskrivninger av barn i alderen fra 12 til og med 15 år i døgntilrettelagt psykisk helsevern fordelt på diagnoser som kodes inn ved utskrivelse.⁵

Dominerende diagnosegrupper er “andre psykiske lidelser” (hvorav anoreksi utgjør ca. halvparten), nevrotiske lidelser (psykiske lidelser preget av angst, bekymring, emosjonell ustabilitet) og hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD) og adferdsforstyrrelser.

For noen døgntilrettelagte behandlinger mangler diagnose i sin helhet i de innrapporterte opplysningene til Norsk pasientregister.

Tabell 2.

Avsluttede døgntilrettelagte behandlinger for pasienter 12-15 år i psykisk helsevern fordelt etter siste hoveddiagnose i døgntilrettelagte behandlingen	Utskrivningsår					
	2019	2020	2021	2022	2023	2024*
Hoveddiagnose (ICD 10)						
Schizofrenier (F2)	47	45	68	103	115	94
Affektive lidelser (F3)	128	176	205	141	121	101
Nevrotiske lidelser (F4)	177	199	265	257	200	266
Hyperkinetiske forstyrrelser (F90)	83	95	152	169	123	154
Atferdsfors. barn og ungdom (F91-98)	84	98	136	110	115	111
Andre psykiske lidelser (F0, F1, F5, F6, F7, F8, F99)	214	241	300	292	301	327

⁵ Totalt antall utskrivninger pr år har økt noe i perioden. Endringen skjedde under pandemien og det er fremdeles flere utskrivninger og en høyere andel akuttinnleggelse i 2024 sammenlignet med 2019. Innleggelse som øyeblikkelig hjelp har gjennomgående kortere varighet sammenlignet med planlagte døgntilrettelagte behandlinger. Eksempelvis var median varighet av døgntilrettelagte behandlingen i 2019 på 8 dager mens akuttinnleggelsene ble avsluttet etter 3 dager. Det er imidlertid forskjell mellom pasientgrupper, og for pasienter innlagt for behandling for anoreksi var median varighet av døgntilrettelagte behandlingen på 22 dager mens en akuttinnleggelse varte 17 dager i 2019. For denne gruppen var utviklingen i døgntilrettelagte behandling frem til 2024 preget av lengre døgntilrettelagte behandlinger under pandemien, men som nå nærmer seg oppholdstiden vi hadde i 2019.

herav anorexia (F50.0, F50.1)	103	133	168	156	153	156
Andre diagnoser (inkl Z og R) ⁶	189	202	324	278	236	233
ICD10 mangler	58	36	108	88	113	38
Utskrivninger fra døgntilrettelagt behandling	980	1092	155	1438	1324	1324

*2024 tallene kan være underestimert fordi det mangler løpenummer på noen pasienter.

Antall saker som gjelder barn over 12 år som behandles av kontrollkommisjonen, jf. phvl. § 2-1 andre ledd

Etablering av psykisk helsevern i institusjon på bakgrunn av foreldresamtykke for barn som har fylt 12 år, skal behandles av kontrollkommisjonen når barnet motsetter seg innleggelsen.

Tabell 3 viser antall behandlinger i kommisjonen i perioden 2016-2024. Antallet saker der barnets syn tas til følge (vernet etableres ikke) er vedvarende svært lavt. Kategorien "annet" omfatter saker som blir trukket, at barnet blir utskrevet og saker som av andre grunner ikke blir realitetsbehandlet.

Tabell 3.

	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Totalt antall saker	49	42	65	59	56	74	58	77	73
Vernet etableres	28	21	24	28	32	36	39	34	27
Vernet etableres ikke	0	0	2	4	1	1	0	2	2
Annet	10	21	39	27	25	37	19	40	44

Vedtak om kortvarig fastholding, jf. phvl. § 4-8 andre ledd bokstav d⁷

En kunnskapsoppsummering fra 2020 viser at den vanligste formen for bruk av tvang på ungdomspsykiatriske avdelinger er fysisk fastholding. En relativt liten andel av pasientene blir utsatt for mesteparten av fastholdingen som registreres. Mange av holdesituasjonene oppstår i forbindelse med sondeernæring.⁸

Tabell 4 viser vedtak om fastholding av barn fra og med fylte 13 år og inntil 16 år, som er innrapportert fra helseforetakene i perioden 2015-2022. Siden reglene ikke er tydelig lovfestet, er vanskelig tilgjengelige og registreringsrutinene er mangelfulle, viser tallene antakelig ikke det fulle bildet av antall kortvarige fastholdinger.

⁶ R-diagnoser er ikke diagnoser, men koder som ofte brukes i en tidlig utredningsfase eller når det er selve symptomet som primært behandles. Z-diagnoser beskriver ulike kontakter med helsevesenet.

⁷ Tall på vedtak om kortvarig fastholding, jf. § 4-8 andre ledd bokstav d er kun registrert for aldersgruppen 13-15 år. Mangler i 2024-leveransen medfører noe underestimert av antall pasienter.

⁸ Olesen, E. (2020) Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering. Tidsskrift for psykisk helsearbeid, 17(01), 24-26. [Tvangsbruk i barne- og ungdomspsykiatrien. En kunnskapsoppsummering | Tidsskrift for psykisk helsearbeid](#)

Olesen, Esben S.B. et al. *Tvang og grenser*. Oslo: Universitetsforlaget, 2025

Tabell 4.

År	Gutter	Jenter	Totalt antall pasienter
2015	15	24	39
2016	34	42	76
2017	50	52	102
2018	46	44	90
2019	17	20	37
2020	16	39	55
2021	7	55	62
2022	14	51	65

2.4 Overblikk over gjeldende rett i Norge og i andre land

Gjeldende regler om psykisk helsevern for barn under 16 år i Norge

I dette kapitlet gis et kort overblikk over reglene som gjelder for barn under 16 år i psykisk helsevern i dag. Dette vil det også bli nærmere redegjort for under kapitlene 5 - 8.

Dersom barnet er under 16 år har foreldrene eller andre med foreldreansvaret som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp på barnets vegne (heretter kalt foreldresamtykke), jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4. Barnet har uttale- og medvirkningsrett. Barn har en alminnelig rett til å bli hørt. Det skal legges stor vekt på meningen til barn over 12 år.

Foreldresamtykke er rettslig grunnlag for etablering og gjennomføring av psykisk helsevern, selv om barnet motsetter seg. Overfor barn under 16 år skal helsetjenesten dermed ikke fatte vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller tvungen behandling. Hvis foreldre eller andre som har foreldreansvaret samtykker til helsehjelp, regnes det formelt som frivillig helsehjelp selv om barnet motsetter seg. Det kreves ikke at vilkårene i phvl. §§ 3-2 eller 3-3 er oppfylt.

Er barnet fylt 12 år og ikke selv ønsker behandling med opphold i institusjon, må spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen, jf. phvl. § 2-1 andre ledd. Barnet kan også senere be om at vernet skal opphøre, jf. psykisk helsevernforskriften § 60.

Loven er fortolket slik at iverksettelse av visse gjennomføringstiltak overfor barn krever at det fattes vedtak etter psykisk helsevernloven kapittel 4. Det gjelder de tiltakene som kan iverksettes overfor frivillig innlagte, ettersom barn formelt sett anses som frivillig innlagt (på foreldresamtykke); skjerming (§ 4-3), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og tvangsmidler (§ 4-8). For andre tiltak (§ 4-4, § 4-5 andre ledd, § 4-7 a andre ledd og § 4-10) benyttes foreldresamtykke eller eventuelt nødrett som hjemmelsgrunnlag. Bruk av isolasjon og mekaniske tvangsmidler er forbudt fram til barnet er 16 år (§ 4-8).

Forpliktelser som følger av Grunnloven og Barnekonvensjonen

FNs barnekonvensjon og dens grunnleggende prinsipper, samt Grunnloven § 104 må ligge til grunn for endringer som gjøres i loven, og omtales derfor kort nedenfor.⁹

FNs barnekonvensjon er gjort til norsk lov ved at den er tatt inn i menneskerettsloven. FNs barnekomite har utpekt fire av konvensjonens artikler som grunnleggende prinsipper; artikkel 2

⁹ Se også NOU 2019:14 kapittel 7.2.7 og kapittel 17

om ikke-diskriminering, artikkel 3 nr. 1 om hensynet til barnets beste, artikkel 6 om barnets rett til liv og utvikling og artikkel 12 om barnets rett til å bli hørt. Når ulike hensyn kolliderer, skal den løsningen som best ivaretar barnets interesser velges.

Barn har videre en grunnleggende rett til å ha sine foreldre som nærmeste omsorgsyttere, jf. artikkel 5 og 9 nr.1, jf. artikkel 20. Foreldrene har både rett og plikt til å ta avgjørelser på vegne av barna sine.

Barn har rett til helsehjelp, jf. artikkel 24. Barn har videre en grunnleggende rett til frihet. Plassering i institusjon skal skje på en lovlig måte og ikke være vilkårlig, jf. artikkel 37 bokstav b. Når barn er plassert i institusjon skal kompetente myndigheter foreta periodiske vurderinger av omsorgen og behandlingen barnet får, jf. artikkel 25.

Foreldrene eller andre som har foreldreansvar har det primære ansvaret for å sikre at barn får oppfylt retten til omsorg. Hvis de med foreldreansvaret ikke klarer å oppfylle barnets rett til omsorg, inntreer det offentliges ansvar.

Barn har dessuten fått en særlig beskyttelse i Grunnloven § 104 som slår fast at barn har krav på respekt for sitt menneskeverd. De har rett til å bli hørt i spørsmål som gjelder dem selv, og deres mening skal tillegges vekt i overensstemmelse med deres alder og utvikling. Ved handlinger og avgjørelser som berører barn, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn. Barn har rett til vern om sin personlige integritet.

Svensk og dansk rett

Nedenfor følger en kortet omtale av hjemmelsgrunnlag for psykisk helsehjelp til barn som motsetter seg, i Sverige og Danmark.¹⁰

I Sverige regulerer Lagen om psykiatrisk tvångsvård (LPT, 1991:1128) bruk av psykisk helsehjelp til personer som motsetter seg hjelpen. Også barn kan være underlagt "tvångsvård" etter reglene i LPT. Det er sjefoverlegen ved en institusjon i psykisk helsevern som fatter vedtaket om tvungent psykisk helsevern. Dersom vernet skal vare ut over fire uker, må saken fremlegges for Förvaltningsretten, som fatter beslutning om eventuell videreføring av "tvångsvården". Beslutning om "tvångsvård" i institusjon omfatter behandlingstiltak som for eksempel tvungen behandling med legemidler eller tvungen ernæring. Det fattes altså ikke separate vedtak om slike tiltak, i motsetning til i Norge. Under "öppen tvångsvård" (tvungent vern utenfor institusjon) utarbeides det en "vårdplan" for pasienten, men pasienten kan – i motsetning til i Norge - ikke underlegges tvungen behandling med legemidler e.l. Barn over 15 år har rett til å tale sin egen sak i tvangssaker. Pasienter som er yngre bør høres, jf. LPT § 44.

Danmark regulerer psykiatriloven bruken av tvang i psykiatrien. Med tvang menes tiltak som det ikke er gitt informert samtykke til. Dersom pasienten er under 15 år og den som innehar foreldreansvaret gir informert samtykke, anses det ikke som tvang selv om barnet motsetter seg hjelpen. Barn under 15 år kan om nødvendig tvangsinnlegges dersom foreldrene ikke samtykker. For barn over 15 år er det barnets eget samtykke som er avgjørende.

¹⁰ Se også NOU 2019: 14 kapittel 8.

3 Eget kapittel for barn under 16 år?

3.1 Gjeldende rett

Bestemmelsene om barn finnes i psykisk helsevernloven (phvl.) §§ 2-1 og 2-2. I forskrift til psykisk helsevernloven § 60 fremgår kontrollkommisjonens etterprøving av psykisk helsevern for barn under 16 år. I tillegg følger enkelte regler kun av en fortolkning av lov og forskrift og er omtalt i rundskrivet til psykisk helsevernloven og i saksbehandlerrundskrivet for kontrollkommisjonene.

Regelverket om barn i psykisk helsevern er mangelfullt og fragmentert, det er vanskelig å forstå og er spredt flere steder i lovverket. Det er kort sagt lite tilgjengelig for barn, foreldre, helsepersonell og kontrollinstanser.

3.2 Vurderinger og forslag

Helsedirektoratet foreslår et nytt kapittel 2A i psykisk helsevernloven som samler de viktigste bestemmelsene om psykisk helsevern for barn under 16 år. Det gjelder uavhengig av om alternativ 1 eller 2 velges.

Direktoratet har vurdert om gjeldende bestemmelser for personer over 16 år kan tilpasses, men mener det er mer pedagogisk og hensiktsmessig å utforme egne bestemmelser som gjelder for barn og samle dem i et eget kapittel. Dette vil gjøre regelverket mer tilgjengelig og dermed bidra til å styrke barns rettssikkerhet.

Se kapittel 11 om forslagene til nytt kapittel 2A i både alternativ 1 og 2.

4 Fortsatt foreldresamtykke som grunnlag for psykisk helsevern for barn

4.1 Gjeldende rett

Generelt om samtykke til helsehjelp for barn

Barn over 16 år har som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven (pbrl.) § 4-3 første ledd.

Foreldrene eller andre med foreldreansvaret samtykker til helsehjelp for barn *under* 16 år, jf. pbrl. § 4-4. Barnet har uttale- og medvirkningsrett. Barn har en alminnelig rett til å bli hørt. Det skal legges stor vekt på meningen til barn over 12 år.

Hvem som har foreldreansvaret er regulert i barnelova §§ 34, 35, 38 og 39.¹¹ Barneverns- og helsenemnda kan vedta at foreldre skal fratras foreldreansvaret, jf. barnevernsloven § 5-8. Har barnevernstjenesten overtatt omsorgen for et barn under 16 år etter [barnevernsloven §§ 4-2](#) eller [5-1](#), samtykker barnevernstjenesten til helsehjelp.

Når foreldre har felles foreldreansvar, samtykker begge til helsehjelp som går utover den daglige og ordinære omsorgen for barnet. Det er likevel tilstrekkelig at én av foreldrene samtykker til helsehjelp som kvalifisert helsepersonell mener er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade. Både skader av somatisk og psykisk art er omfattet. Se omtale i [rundskriv til pbrl. § 4-4](#).

De som har foreldreansvaret har plikt til å gi barnet nødvendig og forsvarlig omsorg, og rett og plikt til å ta avgjørelser på vegne av barnet. Foreldreansvaret skal utøves ut fra det enkelte barns interesser og behov og avgrenses av at barn skal gis økende med- og selvbestemmelsesrett. Dette går fram av [barnelova §§ 30 til 33](#).

Særlig om samtykke til psykisk helsevern for barn

Psykisk helsevern gis på bakgrunn av samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven med mindre annet følger av psykisk helsevernloven, jf. psykisk helsevernloven (phvl.) § 2-1 første ledd.

Psykisk helsevern for pasienter under 16 år etableres og gis i tråd med dette etter samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret eller barnevernet (heretter: foreldresamtykke). Barn har uttale- og medvirkningsrett, og en rett til å bli hørt uavhengig av alder. Det skal legges stor vekt på meningen til barn over 12 år.

Ved foreldresamtykke til psykisk helsehjelp, regnes helsehjelpen formelt som frivillig uavhengig av om barnet motsetter seg og hvor inngripende tiltaket er.

Overfor barn under 16 år skal det dermed ikke fattes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern eller tvungen behandling etter psykisk helsevernloven. Det kreves heller ikke at vilkårene i phvl. §§ 3-2 eller 3-3 er oppfylt, selv om det kommer frem av forarbeidene til phvl. §

¹¹ Lov om barn og foreldre (barnelova) er endret. Behandlet andre gang i Stortinget 16. juni 2025. Ikke vedtatt når loven skal tre i kraft.

2-1 andre ledd¹ at det skal ses hen til vilkårene i vurderingen av om barn skal være underlagt psykisk helsevern når de motsetter seg.

Helsepersonell har uansett et ansvar for å vurdere om det er faglig forsvarlig å gjennomføre et tiltak barnet motsetter seg, jf. helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2.

De som har foreldreansvaret kan i dag samtykke til at et barn under 16 år skal være undergitt reglene om tilbakeholdelse i psykisk helsevern i inntil tre uker. Dette betyr i realiteten at de som har foreldreansvaret binder seg til ikke å trekke tilbake samtykket til innleggelse av barnet for inntil 3 uker. Barnet kan bringe den faglige ansvarliges beslutning om å kreve samtykke til tilbakehold inn for kontrollkommisjonen. Se phvl. § 2-2 andre til fjerde ledd

4.2 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at foreldresamtykke ikke lenger skal være rettsgrunnlag for tvang som anses som særlig inngripende overfor barn mellom 12 og 16 år, men at helsepersonell skal fatte vedtak. Utvalget begrunnet dette blant annet med den belastningen dette kan bety for foreldrebarn forholdet og at det i noen tilfeller kan være interessekonflikt mellom barn og foreldre.²

4.3 Vurderinger og forslag

Direktoratet foreslår at psykisk helsehjelp til barn under 16 år fremdeles skal gis på bakgrunn av foreldresamtykke etter pbrl. § 4-4 uavhengig av om barnet motsetter seg eller ei.

Foreldresamtykke skal kombineres med vedtak om etablering av tvungent vern i alternativ 1 og med gjennomføringsvedtak i både alternativ 1 og 2.

Foreldreansvaret står sterkt i norsk rett og i internasjonale konvensjoner som vi er bundet av.³ Et inngrep i foreldreansvaret må ha tungtveiende grunner. Direktoratet kan ikke se at utvalgets argumenter er tungtveiende nok til å avskjære eller se helt bort fra foreldres rett til å samtykke.

En *kombinasjon* av foreldresamtykke og vedtakskrav kan ivareta foreldrenes rett til å ta beslutninger, samtidig som det flytter ansvaret for inngrepet som barnet motsetter seg over på helsepersonell og bidrar til å fjerne belastningen fra foreldrene. I de fleste tilfeller der barn motsetter seg psykisk helsehjelp, vil foreldre og helsepersonell være enige i at barnet trenger hjelpen, og en "dobbelhjemling" vil ikke være et praktisk problem.

Dersom foreldrene mot formodning *ikke* samtykker til helsehjelp/tiltak som helsepersonell mener at barnet kan ta skade av ikke å få, må helsepersonellet - som i dag - kontakte barnevernet.

Helsepersonell har plikt til å melde fra til barneverntjenesten når det er grunn til å tro at et barn med alvorlig sykdom eller skade ikke kommer til undersøkelse eller behandling, jf. [helsepersonelloven § 33](#).

Direktoratet foreslår ikke videreføring av bestemmelsen om at den som har foreldreansvaret kan samtykke til at barn under 16 år skal kunne tilbakeholdes i inntil tre uker, jf. phvl. § 2-2 andre til fjerde ledd. Etter det vi erfarer er bestemmelsen lite praktisk i forhold til barn og sjelden i bruk.

¹ Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v.

² NOU 2019: 14 kapittel 18.7.5.3.1

³ Se FNs barnekonvensjon artikkelene 5 og 18 og Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK) artikkel 8 om retten til familieliv

Se kapittel 11 om forslagene til ny § 2A-1 både i alternativ 1 og 2.

5 Alternativ 1: Samme regler for etablering av tvungent vern for voksne og barn mellom 12 og 16 år

5.1 Innledning

Alternativ 1 går ut på at psykisk helsevernlovens regler for etablering av tvungent psykisk helsevern for personer over 16 år, utvides til også å gjelde for barn mellom 12 og 16 år som motsetter seg psykisk helsehjelp, samt for yngre barn dersom alder og modenhet tilsier det. Det innebærer at faglig ansvarlig må fatte vedtak. Gjeldende regler om at foreldrene må gi samtykke beholdes. Der barn ikke motsetter seg, er det tilstrekkelig med foreldresamtykke alene. Dette gir i hovedsak samme materielle og prosessuelle rettigheter og klageordninger for barn og voksne ved etablering av psykisk helsevern

5.2 Gjeldende rett

Psykisk helsehjelp gis, som annen helsehjelp, som hovedregel med samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven.

Undersøkelse og behandling av pasienter *under* 16 år i psykisk helsevern skjer i dag på bakgrunn av foreldresamtykke. Se kapittel 4.1.

Helserettslig myndige personer over 16 år samtykker selv til psykisk helsehjelp. På visse vilkår kan pasient over 16 år underlegges psykisk helsevern uten eget samtykke, jf. phvl. § 3-3. De sentrale vilkårene er at pasienten har en "alvorlig sinnslidelse", får sin utsikt til bedring i betydelig grad redusert eller sin tilstand vesentlig forverret (behandlingsvilkåret), eller utgjør en nærliggende og alvorlig fare for eget eller andres liv eller helse (farevilkåret). Dersom pasienten skal underlegges tvungent vern på grunnlag av behandlingsvilkåret, må pasienten mangle samtykkekompetanse (beslutningskompetanse fra 1. juni 2026), jf. phvl. § 3-3. Fra 1. juni 2026 vil det ikke lenger stilles krav om at det skal fattes vedtak om tvungent vern dersom pasienten ikke motsetter seg behandlingen, selv om pasienten mangler samtykkekompetanse.

5.3 Tvangslovutvalgets forslag og etterfølgende høringsnotat

Tvangslovutvalget foreslo i hovedsak samme tvangsdefinisjon for barn mellom 12 og 16 år og for barn under 12 år som viser en særlig modenhet i den aktuelle situasjonen, som for voksne. Forslaget innebar at foreldrene ikke lenger skal samtykke til tvangstiltak overfor sine barn - slike tiltak skal iht. forslaget besluttes av helsepersonell ved vedtak. Tvangsbegrepet overfor barn skal avgrenses til tiltak som er "særlig inngripende", herunder innleggelse i døgninstitusjon og medisinerings, skjerming, tvangsmidler mv. Ved mindre inngripende tiltak skulle foreldresamtykke fortsatt være rettslig grunnlag.

Utvalget begrunnet forslaget med at utviklingen de siste tiårene har gått i retning av å styrke barns rettsstilling, og at dette måtte komme til syne ved at motstand mot inngripende tiltak gir rettslige virkninger overfor barn over et visst alders- og modenhetsnivå. Utvalget mente dessuten at en overføring av beslutningsmyndighet fra foreldre til helsepersonell vil avlaste foreldre, og bidra til at de

unngår å bli stilt i en vanskelig dobbeltrolle hvor de både skal fatte beslutninger om tiltak barnet ikke ønsker, og være barnets støttepersoner.⁴

I høringsnotatet om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget (2021), som omtalt i kapittel 2.2, foreslo departementet en virkeområdebestemmelse (høringsnotatets § 1-2) som presiserte at lovens regler om tvang skulle gjelde for barn mellom 12 og 16 år og barn under 12 år som viser særlig modenhet. Det innebar at når barn i denne gruppen motsetter seg helsehjelpen, skal helsepersonell - på samme måte som for personer over helserettslig myndighetsalder - treffe vedtak om helsehjelp. Forutsetningen var at det dreide seg om særlig inngripende tiltak. Innleggelse og tilbakeholdelse i institusjon og behandling av psykiske lidelser med legemidler skulle i alle tilfelle regnes som særlig inngripende tiltak. Ved mindre inngripende tiltak skulle foreldresamtykke fortsatt være rettslig grunnlag.

5.4 Samme regler for voksne og barn

For å styrke barnets rettsstilling foreslår direktoratet i alternativ 1 at loven endres slik at faglig ansvarlig må treffe vedtak om tvungent psykisk helsevern dersom barnet motsetter seg, og for øvrig følge de regler i psykisk helsevernloven som gjelder for personer over 16 år.

Et vedtakskrav utløser rettssikkerhetsgarantier, som blant annet krav til begrunnelse og mulighet for overprøving. Begrunnede vedtak vil gjøre det tydeligere for barnet hvorfor helsepersonell mener den aktuelle helsehjelpen er nødvendig. En vedtaksprosess med tydelige vilkår og saksbehandlingskrav sikrer også at innslagspunktet for tvang blir likere nasjonalt.

Videre vil vedtak avlaste foreldre som kan oppleve det som en belastning å ta ansvaret for at barnet mottar helsehjelp under motstand.

Vedtaket tilrettelegger også for mer pålitelig og fullstendig registrering og overvåkning av tvangsbruk overfor barn.

Forslaget innebærer at regelverket for barn og voksne i større grad samsvarer. Dette er også mest i tråd med Tvangslovutvalgets intensjon om like regler for barn og voksne. Sverige har også de samme regler for barn og voksne, se kapittel 2.4.

Til sammenligning fattes det i barnevernet formelle vedtak både ved frivillige og tvungne tiltak. Ifølge barnevernsloven § 3-1 skal barnevernstjenesten tilby og iverksette hjelpetiltak når barnet har et særlig behov for hjelp. Når det kreves vedtak også ved frivillige tiltak, understreker det hvor viktig det er med dokumentasjon og rettssikkerhet – selv når tiltak skjer i samarbeid med foreldrene. Dette styrker argumentet for at det bør fattes vedtak når barn utsettes for tvang mot sin vilje i psykisk helsevern. Slike tvangstiltak er som oftest mer inngripende enn frivillige hjelpetiltak i barnevernet, og vedtak vil bidra til bedre rettssikkerhet og mer pålitelig registrering.

Et mulig motargument mot å innføre krav om vedtak ved bruk av tvang overfor barn i psykisk helsevern, er at det kan bli mer arbeidskrevende for helsepersonell og ta tid fra den kliniske behandlingen. Samtidig har helsepersonell vi har vært i kontakt med uttrykt at et vedtakskrav neppe vil være særlig belastende. Allerede i dag stilles krav til journalføring og faglig begrunnelse for helsehjelpen, også for barn under 16 år. Et vedtak vil i mange tilfeller kunne bygge på eksisterende

⁴ NOU 2019: 14 kapittel 17.3.2

dokumentasjon, og dermed ikke representere en vesentlig økt arbeidsbyrde. Implementeringen av endringen vil også være mindre krevende siden helsepersonell allerede er godt kjent med regelverket.

En annen motforestilling er at innføring av vedtaks- og klageprosess tilsvarende det en har for voksne, kan virke belastende og fremmedgjørende på barn, og derfor ikke tar tilstrekkelig hensyn til barnets beste. Men som nevnt foran, kan et tydelig vedtak også gi barn en begrunnelse som det kan slå seg til ro med.

Aldersgrense

Direktoratet foreslår at helsetjenesten skal treffe vedtak for barn mellom 12 og 16 år, samt for barn under 12 år dersom alder og modenhet tilsier det. Dette er i tråd med en tydelig utvikling i menneskerettighetene og samsvarer med Tvangslovutvalgets forslag. Barns rett til å bli hørt og få sin mening tillagt vekt i saker som angår dem, er styrket både i internasjonal og nasjonal rett, blant annet gjennom Grunnloven § 104 og Barnekonvensjonen artikkel 12. Begge slår fast at barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med alder og modenhet, uten at det settes noen nedre aldersgrense. At det også skal fattes vedtak for barn under 12 år når en konkret vurdering tilsier at barnet har tilstrekkelig modenhet, vil derfor være i tråd med menneskerettslige forpliktelser om barns medbestemmelse.

5.5 Nærmere om “alvorlig sinnslidelse” når barn underlegges tvungent vern

Hovedvilkåret for å bli underlagt tvungen observasjon og tvungent vern er som nevnt at en har en “alvorlig sinnslidelse, jf. §§ 3-2 og 3-3. “Alvorlig sinnslidelse” er et rettslig begrep og samsvarer ikke med noen eksakt medisinsk diagnose. Kjerneområdet er psykoselidelsene. Psykoselidelser forekommer også hos barn, selv om tjenesten er mer tilbakeholden med å sette *psykosediagnoser* i ung alder.

Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at begrepet “alvorlig sinnslidelse” ikke bare omfatter psykoser. Også andre tilstander kan etter en helhetsvurdering falle inn under begrepet. I vurderingen må både selve sykdomstilstanden og utslagene den gir tillegges vekt. Spørsmålet er om sykdommen får så store konsekvenser for pasientens funksjons- og realitetsvurderende evne at tilstanden kan sidestilles med en psykosetilstand. Det sentrale er tap av mestrings- og vurderingsevne på nivå med det en ser ved psykoser.

Alvorlige grader av spiseforstyrrelser og personlighetsforstyrrelser er eksempler på tilfeller der hovedvilkåret kan være oppfylt uten at pasienten er psykotisk. Ved den konkrete vurderingen av om en pasient med slik lidelse oppfyller lovens hovedvilkår, må det legges vekt på pasientens atferdsmønster, situasjonsforståelse, sykdomsinnsikt, mestringssevne og eventuelle andre psykiske symptomer. I tillegg kan det legges vekt på sykdommens alvorlighetsgrad og hvor lenge tilstanden har vart. I Rt. 2015 side 913 har Høyesterett redegjort for i hvilke tilfeller anoreksi kan anses som en alvorlig sinnslidelse.

Gjennom arbeidet med oppdraget har direktoratet fått opplyst at mange av barna under 16 år som i dag er underlagt psykisk helsevern under motstand med foreldresamtykke, lider av alvorlig spiseforstyrrelser. Alvorlige spiseforstyrrelser omfattes av begrepet alvorlig sinnslidelse og faller dermed inn under bestemmelsen.

Direktoratet har vurdert om det bør utarbeides en særskilt definisjon av begrepet “alvorlig sinnslidelse” for barn, som tar spesielt hensyn til barns behov og situasjon. Men har på bakgrunn av det som er sagt ovenfor kommet til at det ikke er behov for det. En egen definisjon for barn under 16 år vil dessuten medføre ulikt regelverk for barn over og under 16 år. Det igjen kan skape utfordringer for helsepersonell og andre aktører som skal bruke regelverket i praksis, og ikke minst kan det føre til at terskelen for å bruke tvang blir forskjellig for barn over og under 16 år.

Det skal også bemerkes at allerede i dag må kontrollkommisjonen se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern når etablering av psykisk helsevern for barn som motsetter seg, vurderes. Se Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) særmerknad til § 2-1 andre ledd.

Barn med store utfordringer, for eksempel utageringsproblematikk, som ikke kan ivaretas av egne foreldre og som heller ikke trenger helsehjelp som faller inn under psykisk helsevernlovens virkeområde, må ivaretas av barnevernet.

5.6 Nærmere om vilkåret om manglende samtykkekompetanse

For å underlegges tvungent vern, er det et vilkår at pasienten mangler samtykkekompetanse, jf. §§ 3-2 første ledd nr. 4 og 3-3 nr. 4. Dette gjelder ikke hvis pasienten er til fare for eget liv eller andres liv og helse.

Barn under 16 år har som hovedregel ikke samtykkekompetanse til å treffe avgjørelser i helsemessige spørsmål, jf. pbrl. § 4-3 første ledd. Vilkaåret om manglende samtykkekompetanse i §§ 3-2, 3-3 og 4-4 vil derfor være oppfylt for barn under 16 år.

Direktoratet vurderer derfor at det ikke er nødvendig å gjøre unntak fra vilkåret om manglende samtykkekompetanse for barn under 16 år.

Det skal bemerkes at det finnes unntak fra 16-års grensen i pbrl. § 4-3 første ledd bokstav c. Personer mellom 12 og 16 år kan selv samtykke til helsehjelp som gjelder forhold som foreldrene eller andre som har foreldreansvaret ikke er informert om, jf. § 3-4 andre eller tredje ledd eller det følger av tiltakets art. Vi anser at dette unntaket i praksis ikke vil komme til anvendelse i saker der barn motsetter seg psykisk helsevern. Se rundskriv til [pbrl. § 4-3](#).

5.7 Nærmere om vilkåret om motstand i relasjon til barn

Endringer i psykisk helsevernloven som trer i kraft 1. juni 2026, innebærer at det som utgangspunkt kun skal treffes vedtak om tvungen observasjon, tvungent psykisk helsevern og behandling uten eget samtykke når pasienten motsetter seg.

I [Prop 31 L \(2024–2025 \) punkt 6.1.5.4](#) går det fram at motstand skal forstås på samme måte som ved somatiske helseutfordringer, dvs. at både fysisk, verbal og antatt motstand skal omfattes. Det fremgår der at omtalen av motstand i [rundskriv til pbrl. § 4A-2](#) dermed også vil være relevant for pasienter med alvorlige sinnslidelser som mangler beslutningskompetanse.

Direktoratet legger til grunn at motstandskravet som innføres for voksne også skal gjelde for barn dersom reglene om tvungent vern utvides til gjelde barn, og at motstandskravet skal forstås på samme måte for barn som for voksne.

Helsepersonell må undersøke om barnet aktivt eller passivt uttrykker motstand, enten verbalt, non-verbalt eller gjennom atferd. I vurderingen av om barnet viser motstand må det også tas hensyn til barnets evne til å vise motstand. Hvorvidt barnet viser motstand, må baseres på et konkret skjønn.

Motstand hos barn kan være vanskelig å tolke fordi uttrykk for vilje ofte er preget av umodenhet og emosjonelle reaksjoner. Det som fremstår som motstand mot behandling, kan egentlig være frustrasjon over sykdom eller uvilje mot å forlate sitt vanlige liv. Ved tvil, må det legges til grunn at barnet motsetter seg og det skal da fattes vedtak.

Tolkning av barns motstand er utdypet i Tvangslovutvalgets NOU 2019: 14 kapittel 18.7.5.3.1.

5.8 Øvrige konsekvenser

Samme krav til kontrollundersøkelser og søknader om forlengelser

Følgene av å innføre et vedtakskrav når barn viser motstand er at de samme reglene for jevnlig kontrollundersøkelser og søknad om forlengelse av tvungent vern som gjelder for voksne kommer til anvendelse for barn. Dette sikrer også bedre oppfølging av kravet i Barnekonvensjonen artikkel 25 krav om periodiske vurderinger av den behandling og omsorg som institusjonsplasserte barn får, se kapittel 2.4.

Kontrollkommisjonsbehandling

Det innebærer videre at tvangsvedtak kan påklages til kontrollkommisjonen, jf. phvl. § 3-3 a fjerde ledd. Klageberettiget er pasienten og nærmeste pårørende. Faglig ansvarlig skal utarbeide en skriftlig redegjørelse til kommisjonen som underlag for klagesaksbehandlingen, jf. psykisk helsevernforordningen § 52. Kommisjonen behandler klagen etter reglene i phvl. § 6-4.

Kontrollkommisjonen skal behandle saken på en måte som sikrer barnets beste og medvirkning. Kommisjonen skal la barnet uttale seg, jf. phvl. § 6-4 første ledd. Det bør også innhente uttalelse fra barnets foreldre. Barnet har rett til å være til stede i kommisjonens møte og til å uttale seg direkte til kommisjonen.

Dersom barnet ikke ønsker å være til stede, må kontrollkommisjonen legge til rette for at barnet kan høres på annen egnet måte. Dette kan være til barnets beste ved at det minsker belastningen på barnet. [Barnevernsloven § 14-13](#) inneholder en lignende bestemmelse. Forarbeidene til bestemmelsen⁵ eksemplifiserer hvordan det kan legges til rette:

" Nemnda kan velge å høre barn direkte, uavhengig av sakstype og barnets alder. En forutsetning for at nemnda kan høre barnet direkte er at barnet ønsker det og at nemnda vurderer at en slik høring ikke medfører en urimelig belastning for barnet. Direkte høring bør i utgangspunktet skje i forbindelse med, men ikke under, forhandlingsmøtet og uten at partene er til stede. Barnesamtalen kan gjennomføres med nemndleder og/eller øvrige nemndsmedlemmer til stede. Samtalen kan foregå i eller i tilknytning til nemndas lokaler. Samtalen kan også gjennomføres på andre måter, for eksempel ved fjernavhør, dersom barnet ønsker det og det anses forsvarlig. En forutsetning vil være at samtalen er egnet til å få frem barnets egne meninger og at den kan gjennomføres i trygge omgivelser for barnet. Det er viktig å sikre partenes rett til kontradiksjon dersom barn skal høres av nemnda uten at partene er til stede. Det må derfor tas referat av samtalen og referatet må fremgå av sakens dokumenter. Referatet bør gjennomgås sammen med barnet og sendes partene og prosessfullmektigene før forhandlingsmøtet. Under forhandlingsmøtet skal referatet leses opp og prosessfullmektigene kan stille spørsmål til nemnda."

Saksbehandlingsrundskrivet til kontrollkommisjonene bør utdypes og gi nærmere veiledning om de særlige hensyn som gjør seg gjeldende i saker om barn, dersom dette alternativet vedtas.

⁵ Prop. 133 L (2020-2021) Lov om barnevern (barnevernsloven) og lov om endringer i barnevernloven

Domstolsprøving

Psykisk helsevernloven § 7-1 første punktum fastsetter at kontrollkomisjonens vedtak i saker om etablering eller opprettholdelse av tvungent psykisk helsevern kan bringes inn for domstolene av pasienten eller vedkommendes nærmeste pårørende etter de særlige reglene i tvisteloven kapittel 36. En følge av forslaget i alternativ 1, dersom en skal likestille voksne og

barn, er at barnet også bør få adgang til rettslig overprøving av klagevedtak i kontrollkomisjonen.

I henhold til tvisteloven § 36-3 (1) om partsforhold og prosessdyktighet kan søksmål reises av den søksmålet reiser seg mot, eller den som etter særskilt lovbestemmelse er gitt adgang til å reise sak. Den som vedtaket retter seg mot, kan reise søksmål på egen hånd dersom vedkommende er i stand til å forstå hva saken gjelder. Likevel kan mindreårige under 15 år bare reise sak hvis det følger av særskilt lovbestemmelse, jf. tvisteloven § 36 (2). En slik særskilt bestemmelse vil være nødvendig å lage for at pasienter under 15 år, skal kunne kreve rettslig overprøving av vedtak om tvungent vern. Et lignende eksempel er bestemmelser om partsrettigheter og søksmålsadgang i barnevernsloven § 14-25, jf. § 12-3. Det kommer frem av disse bestemmelsene at barn som har fylt 15 år er part i saken og kan kreve rettslig overprøving, men at barneverns- og helsenemnda kan innvilge et barn under 15 år partsrettigheter dersom hensynet til barnet tilsier det.

På samme måte kan en i [phvl. § 7-1](#) ta utgangspunkt i den generelle regelen om at barn har partsrettigheter fra 12 år, jf. [pbrl. § 6-5](#). I tillegg kan kontrollkomisjonen gis adgang til å innvilge et barn under 12 år partsrettigheter. Videre kan det bestemmes at barn med partsrettigheter kan kreve rettslig overprøving etter phvl. § 7-1 første ledd på linje med voksne. Se kapittel 11, forslag til et nytt andre ledd i phvl. § 7-1 i alternativ 1.

Det følger av phvl. § 1-7 at pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel. Dette gjelder både ved klage til kontrollkomisjonen og når saken bringes inn for retten. Dette må også gjelde når pasienten er et barn.

Godkjenning av institusjoner

Institusjoner som skal være ansvarlig for eller kunne bruke tvang, skal ha godkjenning av Helsedirektoratet. En konsekvens av forslaget er derfor at også institusjoner som har barn under 16 år som er underlagt tvungent psykisk helse må være godkjent for tvang, jf. § 3-5. Se kapittel 8.

6 Alternativ 2: Styrking av gjeldende prøvingsordning ved psykisk helsevern for barn etter foreldresamtykke

6.1 Innledning

Alternativ 2 er i hovedsak en tydeliggjøring og lovfesting av gjeldende regler. Alternativet innebærer at etablering av psykisk helsevern, som i dag, fortsatt skjer med foreldresamtykke alene.

Dagens ordning med at kontrollkomisjonen overprøver etablering av psykisk helsevern der barn mellom 12 og 16 år, samt yngre barn dersom alder og modenhet tilsier det, motsetter seg etablering,

blir videreført. Saksbehandlingsregler for kommisjonen tydeliggjøres. Det innføres krav om redegjørelse fra ansvarlig helsepersonell til kommisjonen.

6.2 Gjeldende rett

Ved undersøkelse eller behandling med opphold i institusjon for barn som har fylt 12 år og ikke selv er enig i tiltaket, skal spørsmålet om etablering av psykisk helsevern bringes inn for kontrollkommisjonen, jf. phvl. § 2-1 andre ledd. Det fremgår av psykisk helsevern forskriften § 60 at barnet når som helst kan be om at det psykiske helsevernet skal opphøre. Det behøver altså ikke skje i forbindelse med etableringen.

Etter lovens ordlyd er nedre aldersgrense for rett til prøving 12 år. Etter at loven ble vedtatt, er barns uttale- og medbestemmelsesrett styrket både i internasjonal og norsk rett, senest i [Grunnloven § 104](#). Der slås det fast at barnets mening skal vektlegges i overenstemmelse med alder og modenhet, og det settes ingen nedre aldersgrense. I fortolkning er det derfor lagt til grunn at kommisjonen i hvert enkelt tilfelle bør vurdere om barnets alder og modenhet tilsier at det skal gis rett til å få overprøvd etablering også *før* fylte 12 år.⁶

Prøving er begrenset til undersøkelse og behandling "med opphold i institusjon". Avgrensningen kom inn i loven i 2007, og ble begrunnet med at institusjonsopphold generelt vil oppleves mer inngripende enn for eksempel en konsultasjon på poliklinikk.⁷ Ved senere fortolkning er retten til prøving utvidet til å omfatte døgnkontinuerlig behandling etter arenafleksibel modell, der barnet i hovedsak sover hjemme og kun mottar behandling gjennom dagen på ulike arenaer. Avgjørende for retten til prøving er grad av intensitet i behandlingsopplegget, og om det kan anses like inngripende som en døgninnleggelse.⁸

Ordlyden i § 2-1 andre ledd og forarbeidene i Ot. prp. 11 (1998-99) omtaler ikke innholdet i kommisjonens prøving. I Ot. prp. 65 (2005-2006), særmerknadene til § 2-1 andre ledd, heter det at siden det ikke er tale om etablering av tvungent psykisk helsevern i lovens forstand, er det heller ikke lovens vilkår for bruk av tvang som er gjenstand for overprøving. Det heter videre at kontrollkommisjonen bør ta stilling til om pasientens nektelse bør respekteres ut fra en helhetsvurdering av pasientens tilstand og alder, pasientens grunner for å nekte, samt

behandlingsens planlagte varighet og intensitet. Til tross for at lovgiver sier at det ikke dreier seg om en prøving av vilkårene for etablering av tvungent vern, uttales det at "*I vurderingen vil det videre være naturlig å se hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.*"

Det er gitt få saksbehandlingsregler for prøvingen. Hverken phvl. § 6-4 eller forskriftens saksbehandlingsregler gjelder direkte for prøving etter § 2-1 andre ledd, men etter praksis og veiledning i [saksbehandlingsrundskrivet for kontrollkommisjonene](#) blir en del av reglene anvendt tilsvarende så langt de passer. Det er også utarbeidet [mal](#) for prøvingen.

⁶ Rundskriv til psykisk helsevernloven, kommentarer til § 2-1 andre ledd

⁷ Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) Om lov om endringer i psykisk helsevernloven og pasientrettighetsloven m.v side 58

⁸ Helsedirektoratets brev av 22.12.2015, jnr. 14/6253-2 og rundskriv til psykisk helsevernloven § 2-1 andre ledd

6.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo det skulle fattes vedtak i tilfeller der personer mellom 12 og 16 år, og yngre som viste en særlig modenhet i situasjonen, ble gjenstand for inngripende tiltak som de motsatte seg, med samme klageadgang som for voksne. Utvalget foreslo derfor ikke å opprettholde en prøvingsordning tilsvarende den som finnes i gjeldende lov § 2-1 andre ledd.

6.4 Vurderinger og forslag

Videreføring av prøvingsretten i gjeldende lov § 2-1 andre ledd

Alternativ 2 innebærer en videreføring av retten til å få prøvd etablering av psykisk helsevern som følger av gjeldende lov § 2-1 andre ledd og forskriften § 60.

Direktoratet foreslår at det presiseres i lov at barnet kan kreve å få prøvd det psykiske helsevernet i kontrollkommisjonen både ved etableringen og på senere tidspunkt dersom barnet senere motsetter seg vern som barnet opprinnelig har akseptert. Retten til å få prøvd vernet på et senere tidspunkt følger som nevnt allerede i dag av forskriften § 60, men bestemmelsen er lite synlig.

Prøvingsretten antas å være mest aktuell der barnet motsetter seg selve innleggelsen og tilbakeholdelsen i døgninstitusjon. Dersom barnet primært motsetter seg selve behandlingen, for eksempel sondeernæring eller legemiddelbehandling, vil barnet - etter vårt forslag - kunne påklage dette etter reglene i § 4-4 b. Se kapittel 7.

Hvem prøvingsretten gjelder – alder og motstandskrav

Direktoratet foreslår at prøvingsretten skal gjelde barn mellom 12 og 16 år, samt barn under 12 år dersom alder og modenhet tilsier dette. I dag framgår ikke prøvingsretten for barn under 12 år av lovteksten. Dette foreslås nå inntatt i lov. Det er i tråd med utviklingen i menneskerettighetene for barn og samsvarer med Tvangslovutvalgets forslag.

Direktoratet foreslår at kontrollkommisjonen – som etter gjeldende § 2-1 andre ledd - kun skal prøve det psykiske vernet i tilfeller der barnet yter motstand. Dette må også ses i sammenheng med endringene i psykisk helsevernloven som trer i kraft fra 1. juni 2026, og som innebærer at det som utgangspunkt bare fattes vedtak om tvungent vern der personer over 16 år uten beslutningskompetanse motsetter seg helsehjelpen. Innholdet og forståelse av begrepet motstand i er omtalt i kapittel 5.6.

Behandling i institusjon og i sammenlignbare behandlingstilbud utenfor døgninstitusjon Stadig mer av behandlingen av barn i psykisk helsevern skjer utenfor rammene av døgninnleggelse, blant annet fordi det legges vekt på å behandle barnet i de omgivelser det skal fungere i. Behandlingen kan ha svært varierende rammer og intensitet; fra hjemmesykehus i regi av en døgnavdeling og ambulans behandling, der det er tett kontakt mellom sykehus og hjemmet og helsepersonell kommer til hjemmet for å veilede foreldre og eventuelt gi behandling til barnet, til poliklinisk behandling med oppmøte for samtaler e.l.

Dersom graden av intensitet i behandlingsopplegget i hjemmesykehus ol. tilsier at det fremstår som like inngripende som en døgninnleggelse, mener direktoratet også at kontrollkommisjonen bør prøve etableringen av det psykiske helsevernet dersom barnet motsetter seg. Direktoratet mener at dette bør gå tydelig fram av loven og foreslår derfor å lovfeste at prøvingsretten også skal gjelde ved *sammenlignbare behandlingstilbud utenfor døgninstitusjon* for barn.

I vurderingen av hva som er sammenlignbart, står intensiteten og hvor inngripende behandlingsopplegget er sentralt. Det må gjøres en konkret og samlet vurdering. Det er flere momenter som bør trekkes inn vurderingen. Varighet og frekvens: Et tiltak som skal pågå med intensitet og høy frekvens over lengre tid, kan være mer inngripende enn et tiltak som ukentlig oppmøte til samtaler eller lignende terapi. Innskrenkninger i rettigheter, for eksempel begrensninger i sosial kontakt eller store krav til endringer i livsførsel, kan oppleves svært inngripende. Det samme kan et behandlingsopplegg som innebærer fysiske belastninger, som smertefulle undersøkelser eller bivirkninger ved bruk av legemidler, eller hyppig bruk av fysiske overvinnelsestiltak.

Innholdet i prøvingen

Helsedirektoratet foreslår at innholdet i kontrollkomisjonens prøving, slik den i dag er beskrevet i forarbeidene i Ot.prp. nr. 65 (2005-2006) skal gå tydeligere fram av lovteksten.

Prøvingen av etableringen skal ta utgangspunkt i en helhetsvurdering av vernets innhold. Momenter som skal vektlegges er tilstanden og behandlingsbehovet, pasientens grunner for å nekte og behandlingens planlagte varighet og intensitet.

Som i dag, foreslås det at det også skal ses hen til de kriteriene som gjelder for etablering av tvungent psykisk helsevern. Det innebærer at kontrollkomisjonen må vurdere situasjonen med utgangspunkt i vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern, herunder vurdere om barnets tilstand kvalifiserer til en "alvorlig sinnslidelse", behandlingens sannsynlige effekt (forverring, forbedring) og ev. vurdere fare. Samtykkekompetansen vurderes ikke, da pasienten i disse tilfellene er under 16 år og ikke har samtykkekompetanse, jf. pbrl. § 4-3 første ledd bokstav c, se kapittel 5.6.

Krav om skriftlig redegjørelse og saksbehandling for øvrig

Direktoratet foreslår å styrke grunnlaget for kontrollkomisjonens prøving. Plikten faglig ansvarlig i dag har til å gi en redegjørelse *på eget initiativ i saker etter §§ 3-2, 3-3 og 4-10* etter psykisk helsevernforordningen § 52, utvides til å gjelde saker om barn som motsetter seg. Redegjørelsen skal inneholde opplysninger om den avgjørelse som skal vurderes, herunder den faglig ansvarliges vurdering av vilkårene for å underlegge barnet psykisk helsevern. Det skal også redegjøres for de opplysninger som faglig ansvarlige har bygget avgjørelsen på.

Kontrollkomisjonen kan be om en slik redegjørelse i dag også, jf. forskriften § 52 første ledd første punktum, og etter det vi er kjent med gjøres dette av mange kommisjoner som har ansvar for barn. Den ansvarlige har imidlertid ingen forpliktelse til å gjøre dette på eget initiativ. For å sikre at saken blir godt nok opplyst foreslår direktoratet at en skriftlig redegjørelse blir et krav i alle saker kontrollkomisjonen behandler der barn motsetter seg. En slik plikt sikrer også mer enhetlig behandling i alle kommisjoner.

Det foreslås at ansvarlig helsepersonell må beskrive og vurdere barnets tilstand og behandlingsbehov, med utgangspunkt i vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern, herunder vurdere om barnets tilstand kvalifiserer til en "alvorlig sinnslidelse" eller sammenlignbar tilstand, behandlingens effekt og eventuell fare uten psykisk helsevern. Videre må barnets motstand, barnets grunner for å nekte og behandlingens planlagte varighet og intensitet beskrives.

Krav til redegjørelsens innhold vil sikre systematisk vurdering av at helsehjelpen som barnet motsetter seg, er nødvendig og forholdsmessig og at barnets rettigheter er ivaretatt. Redegjørelsen skal sette kontrollkomisjonen bedre i stand til å foreta den prøvingen som kommisjonen skal foreta etter alternativ 2. Se forslag til ny § 2A-2, kapittel 11.

Når redegjørelsen er kommet inn til kontrollkommisjonen, skal den snarest gjøres kjent for barnet, foreldrene og den som eventuelt handler på barnets vegne (advokaten).

Det foreslås videre at § 6-4 om særlige saksbehandlingsregler ved kontrollkommisjonens behandling av klager på tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern, også skal gjelde for kontrollkommisjonens prøvinger etter ny § 2A-2 i alternativ 2 så langt bestemmelsen passer. Det innebærer blant annet at saken skal vurderes i fulltallig kommisjon.

Kontrollkommisjonen skal behandle saken på en måte som sikrer barnets beste og medvirkning. Kommisjonen skal la barnet uttale seg. Av pedagogiske hensyn foreslår direktoratet at bestemmelser om barnets rett til å uttale seg kommer frem av § 2A-2. De som har foreldreansvaret gis også rett til å uttale seg. Det forslås også presisert at barnet har rett til å være til stede i kommisjonens møte for å uttale seg der. Dersom barnet ikke ønsker å være til stede, må kommisjonen legge til rette for at barnet kan høres på annen egnet måte. Det vises til kapittel 5.8. Barnet har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, jf. phvl. § 1-7.

Kontrollkommisjonsledere har etterlyst nærmere retningslinjer for hvordan kommisjonen skal behandle saker om barn. Dette omtales allerede noe i [kontrollkommisjonens saksbehandlingsrundskriv kapittel 9.5](#), men særlige hensyn gjør seg gjeldende i saker om barn og direktoratet anbefaler at veiledningen til kommisjonene utdypes.

7 Krav om vedtak ved gjennomføringstiltak

7.1 Innledning

Uavhengig av om alternativ 1 eller 2 velges, foreslår direktoratet at det lovfestes at det skal fattes vedtak om gjennomføringstiltak (kapittel 4-vedtak) når slike tiltak iverksettes overfor barn. Dette er i tråd med gjeldende fortolkning for tiltak etter kapittel 4 som ikke har som vilkår at det først er etablert tvungent psykisk helsevern. Vi foreslår å utvide vedtaksplikten til *også* å gjelde tiltak der det dag er satt som vilkår at det først er etablert tvungent psykisk helsevern. Vedtakene skal fattes med foreldresamtykke. Det foreslås ingen nedre aldersgrense for vedtakskrav.

Uavhengig av alternativ 1 eller 2 foreslår vi at det at det lages en egen bestemmelse i nytt kapittel 2A der det lovfestes at kapittel 4 og vedtakskravene gjelder for barn. Se lovendringsforslagene i kapittel 11.

7.2 Gjeldende rett

Oversikt over gjennomføringstiltak etter psykisk helsevernloven kapittel 4

Restriksjoner og tvang i forbindelse med gjennomføring av psykisk helsevern skal innskrenkes til det strengt nødvendige. Det skal så langt mulig tas hensyn til pasientens syn på slike tiltak. Det kan bare benyttes tiltak som har en så gunstig virkning at det klart oppveier ulempene av tiltaket. Er mindre inngripende tiltak tilstrekkelig, skal disse benyttes i stedet, jf. phvl § 4-2 første ledd.

Tiltak av inngripende karakter kan bare iverksettes dersom visse vilkår er oppfylt og faglig ansvarlig har fattet vedtak. Hvilke tiltak dette er, går fram av psykisk helsevernloven kapittel 4. Pasienten skal få uttale seg i forkant av vedtak dersom det er mulig. I etterkant av gjennomføringen skal vedtak etter kapittel 4 evalueres. Se § 4-2 andre og tredje ledd

Tiltakene i kapittel 4 er skjerming (§ 4-3), undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4-4), begrensning i forbindelse med omverden (§ 4-5), undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7), rusmiddeltesting (§ 4-7a) og bruk av tvangsmidler i akutte skadeavvergende situasjoner (§ 4-8) og overføring (§ 4-10). Enkelte av tiltakene kan bare vedtas og iverksettes under rammen av tvungent psykisk helsevern, dvs. at det må foreligge et forutgående vedtak om tvungent vern "i bunnen", jf. § 3-3. Det gjelder ved undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 4-4), begrensning i forbindelse med omverden (§ 4-5 andre ledd), rusmiddeltesting (§ 4-7 a andre ledd) og overføring (§ 4-10).

Flere av tiltakene kan bare iverksettes under opphold i døgninstitusjon: Det gjelder (i praksis) skjerming (§ 4-3), begrensning i forbindelse med omverden (§ 4-5 andre ledd), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8). Hjemlene kan derfor ikke brukes overfor pasienter som er underlagt psykisk helsevern uten døgnopphold, og som oppholder seg i institusjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten eller i egen bolig.

Forståelsen av begrepet "institusjon" i forbindelse med tiltaket tvangsmidler, er ytterligere utdypet i [rundskriv til psykisk helsevernloven § 4-8](#):

"Med begrepet "i institusjon" må for øvrig forstås et naturlig adskilt institusjonsområde. Det må vurderes konkret i forhold til den enkelte institusjons beskaffenhet. Tvangsmidler vil i noen grad kunne benyttes rett utenfor institusjonsbygningen/ avdelingen, for eksempel i en hage, en trapp, en veranda eller på en tur i umiddelbar nærhet til avdelingen/bygningen."

Det er kun politiet som har adgang til å utøve fysisk makt utenfor institusjon. Helsepersonell kan bare utøve makt utenfor institusjon ved nødrett. Planlagt bruk av tvangsmidler utenfor institusjon er ikke tillatt.

Gjennomføringstiltak etter kapittel 4 som kan brukes overfor personer under 16 år

Direktoratet legger til grunn at tiltakene som er nevnt i bestemmelsene i kapittel 4 kan brukes overfor både voksne og barn under 16 år, selv om dette ikke sies uttrykkelig i loven. Tolkningen underbygges av at loven gjelder for psykisk helsevern generelt, jf. § 1-2. Det følger også indirekte av at loven avgrenser hvilke tiltak som kan iverksettes overfor barn, jf. § 4-8 tredje ledd, hvor det går fram at mekaniske tvangsmidler og isolasjon (kortvarig anbringelse bak låst eller stengt dør uten personale til stede) ikke kan brukes overfor pasient under 16 år. Det fremkommer videre implisitt av forarbeidene til § 4-8 andre ledd bokstav d, tvangsmiddelet kortvarig fastholding. Det ble lovfestet vedtakskrav for dette tiltaket i 2007, med den begrunnelse at dette tvangsmiddelet i praksis ble brukt i "et betydelig omfang i barne- og ungdomspsykiatrien", jf. [Ot.prp. 65 \(20052006\) kapittel 10.4.4](#).

I [rundskriv til psykisk helsevernloven \(fortale til kommentarene til kapittel 4\)](#) er det videre lagt til grunn at faglig ansvarlig skal fatte vedtak også for barn når det iverksettes tiltak der tvungent vern ikke er et vilkår for tiltaket:

"Når barn er innlagt i døgninstitusjon vil reglene som gjelder for frivillig innleggelse i lovens kapittel 4, komme til anvendelse. Det skal treffes vedtak om tiltakene skjerming (§ 4-3), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og tvangsmidler (§ 4-8). På denne måten vil man sikre at lovens strenge vilkår for de ulike tiltakene blir fulgt, og at tvangsbruken blir påklagbar, synliggjort og etterprøvbare."

Det er uklart om det må innhentes foreldresamtykke i tillegg til at det fattes vedtak for disse tiltakene. Hovedregelen er imidlertid at psykisk helsevern baserer seg på samtykke etter reglene i pasient- og

brukerrettighetsloven, jf. § 2-1 første ledd. Direktoratet legger derfor til grunn at det også må innhentes foreldresamtykke.

Vi antar at foreldresamtykke til innleggelse i psykisk helsevern i noe grad også har blitt ansett som samtykke til å iverksette gjennomføringstiltak overfor barnet under innleggelsen, dvs. uten at det har vært innhentet eksplisitte, forutgående samtykker til tiltak som iverksettes for å håndtere mer akutte situasjoner, typisk kortvarig fastholding (§ 4-8 andre ledd bokstav d).

Videre heter det:

“Tiltak som forutsetter tvungent psykisk helsevern er ikke aktuelle, da barnet formelt ikke er underlagt tvungent vern. For disse tiltakene; behandling uten eget samtykke (§ 4-4), begrensning i kommunikasjon med omverdenen (§ 4-5 annet ledd) og rusmiddeltesting uten eget samtykke (§ 4-7 a annet ledd) og overføring (§ 4-10), benyttes foreldresamtykke eller eventuelt nødrett som hjemmelsgrunnlag.”

Det er ingen direkte formkrav til beslutning om å iverksette tiltak på grunnlag av foreldresamtykke, men journalføringsplikten pålegger helsepersonell å nedtegne relevante og nødvendige opplysninger om helsehjelpen, jf. helsepersonelloven § 40.

Særskilt om bruk av tvang overfor barn utenfor døgninstitusjon

Som nevnt kan enkelte gjennomføringstiltak etter kapittel 4 bare iverksettes under opphold i døgninstitusjon. Det gjelder blant annet bruk av kortvarig fastholding (§ 4-8 andre ledd bokstav d) og begrensninger i forbindelse med omverden (§ 4-5).

På grunn av økende bruk av ambulante og arenafleksible tilbud i psykisk helsevern for barn, dvs. tilbud der barn gis behandling utenfor døgninstitusjon, og i stedet gis behandling i hjem, på skole, i forbindelse med fritidsaktiviteter ol., har det blitt aktualisert om tiltak av denne typen kan brukes utenfor institusjon.

Nødrett (straffeloven § 16) gir straffefrihet ved maktbruk i form av for eksempel fysisk fastholding, hindring av mobilbruk, beslag e.l., dersom dette er nødvendig for å redde liv, helse, eiendom eller annen interesse for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og skaderisikoen er større en skaderisikoen ved nødretts handlingen. Nødrett er arenauavhengig, og kan brukes i akutte situasjoner.

Det er imidlertid glidende overganger fra det som kan anses som enkeltstående og akutt skadeavvergende intervensjoner, og det som kan anses å være en integrert del av det behandlingsopplegget som er laget for barnet. Helsedirektoratet uttalte seg om dette i en fortolkning:⁹

“I den grad tiltaket kan anses som en del av behandlingen vil det hjemles i foreldre-/barnevern-samtykke. Dette rettsgrunnlaget er ikke begrenset til å skje i institusjon, men kan - i samråd med foreldre/barnevern - også gjennomføres utenfor institusjon.

Dette må også ses i sammenheng med at foreldreansvaret gir foreldrene rett til å sette grenser for sine barn. Enhver form for bruk av vold mot barn er forbudt, også som ledd i oppdragelsen, men det er tillatt å bruke noe fysisk makt i avvergeses- eller omsorgsøyemed eller for å hindre at barnet skader seg selv eller andre.”

⁹ Helsedirektoratets brev av 22. desember 2015 (jnr. 14/6253)

7.3 Tvangslovutvalgets forslag

Tvangslovutvalget foreslo at ny tvangsbegrensningslov også skulle gjelde for barn mellom 12 og 16 år, og barn under 12 år som viser en særlig modenhet i situasjonen, dersom de motsatte seg "særlig inngripende" tiltak, jf. lovforslaget § 1-3 tredje ledd. Det vil si at det i disse tilfellene også skulle fattes vedtak.

I særmerknaden til lovforslaget heter det:

"Det klare utgangspunktet er at fysisk tvang i form av holding, bruk av mekaniske innretninger som hindrer bevegelsesfriheten, samt innesperring er «særlig inngripende». I det nedre aldersspenn mot 12 år kan det gjelde unntak for helt kortvarige og ukontroversielle tiltak som holding i forbindelse med stifting av et sår eller innsovning til narkose.

Selv om utvalget ikke systematisk skiller mellom fysisk og psykisk tvang, kan fysisk overvinning av motstand virke særlig sterkt. Der det alene er tale om å overvinne barnets verbale protester er vurderingen derfor mer sammensatt. Momenter som barnets alder, type tiltak, herunder formål og varighet, bivirkninger og arena vil stå sentralt. Psykisk helsehjelp kan virke mer invaderende enn andre hjelpetiltak,

noe som senker terskelen for å la tvangsbegrensningslovens regler om når det kan brukes tvang komme til anvendelse.

Der barnet protesterer verbalt mot bruk av legemidler som kan ha – eller viser seg å ha – sterke bivirkninger, eller prosedyrer som på annet vis kan være særlig smertefulle eller oppleves krenkende, er vi raskt over i tvang. Skjerming etter lovutkastet §§ 6-11, 6-19 og 7-5 vil omfattes fra 12 år, tilsvarende gjelder gjennomføring av behandling med ernæring etter § 6-12. Også tiltak etter 6-20 (rusmiddeltesting), § 6-21 (innskrenkning i kontakt med omverdenen) og § 7-3 (romundersøking, kroppsvisitasjon) som barnet motsetter seg, vil omfattes av tvangsbegrepet fra 12 år. Der barnet ikke protesterer er utgangspunktet at foreldrene kan samtykke på barnets vegne etter reglene i pasient- og brukerrettighetsloven."

7.4 Vurderinger og forslag

Uttrykkelig lovfesting av vedtakskrav for gjennomføringstiltak

Som det kommer fram ovenfor har direktoratet fortolket gjeldende lov slik at det er vedtakskrav når barn under 16 år underlegges tiltakene skjerming (§ 4-3), undersøkelse av rom og eiendeler, samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§ 4-7) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8), uavhengig av eventuelt foreldresamtykke. Dette kravet er en fortolkning og kan ikke leses av lovens ordlyd. Direktoratet har observert usikkerhet og ulik praksis i tjenesten om hvorvidt vedtak er påkrevet.

Hensynet til barns rettssikkerhet gjør, etter direktoratets syn, at kravet om vedtak bør videreføres og at det bør komme tydelig fram av loven at bestemmelsene også gjelder barn under 16 år.

For tiltakene behandling uten eget samtykke (§ 4-4), begrensning i kommunikasjon med omverden (§ 4-5 andre ledd), rusmiddeltesting uten eget samtykke (§ 4-7 a andre ledd) og overføring (§ 4-10) er det, som nevnt, i dag et vilkår at personen, som tiltaket skal gjelde, må være under tvungent psykisk helsevern (§ 3-3). Barn under 16 år kan ikke underlegges tvungent vern, og slike tiltak overfor barn besluttet derfor i dag med foreldresamtykke alene. Dette må etter direktoratets syn anses mer som et utslag av gjeldende lovs system og nevnte bestemmelsers vilkår om at pasienten må være underlagt tvungent psykisk vern (§ 3-3), enn at barn trenger mindre rettssikkerhet når de blir underlagt disse

tiltakene. Tiltakene vil kunne oppleves vel så inngripende som tiltakene der det allerede etter gjeldende praksis fattes vedtak.

Slik direktoratet har forstått det, er det ikke minst i forbindelse med tvungen behandling i form av ernæringstiltak, spesielt sondeernæring, at det er behov for tydelige krav til saksbehandling og begrunnelser for å sikre materielt sett riktige og gode beslutninger om tiltak og gi klagemuligheter. Slike tiltak oppleves som svært inngripende av alle parter, og gjennomgående iverksettes tiltakene under motstand fra barnet, verbalt og/eller fysisk. Det fremstår også uforståelig for både barna og tjenesten at fastholding i forbindelse med ernæring er vedtakspliktig, mens selve ernæringstiltaket ikke er det, slik reglene forstås og praktiseres i dag.

Tvangslovutvalget synes også å legge til grunn at tiltak som nevnt i §§ 4-4 (behandling), 4-5 (kommunikasjonsbegrensninger) og 4-7a (rusmiddeltesting) bør være gjenstand for vedtak når de iverksettes overfor barn som motsetter seg. Se kapittel 7.3.

Direktoratet foreslår derfor at det også for undersøkelse og behandling uten eget samtykke (§ 44), begrensning i kommunikasjon med omverden (§ 4-5 andre ledd) og rusmiddeltesting uten eget samtykke (§ 4-7 a andre ledd) og overføring (§ 4-10) innføres et vedtakskrav.

Lovfesting av vedtakskrav for alle gjennomføringstiltak gir økt rettssikkerhet, og bedre oversikt over omfanget av tvang som barn utsettes for.

Etter alternativ 1 vil vilkårene for å fatte og iverksette vedtak være de samme for barn under 16 år som for voksne. Det innebærer at de samme reglene kommer til anvendelse for personer over og under 16 år.

Etter alternativ 2 vil vilkårene også være de samme, bortsett fra vilkåret om å være underlagt tvungent vern i hhv. §§ 4-4, 4-5, 4-7a og 4-10. Dette vilkåret må det gjøres unntak for dersom bestemmelsene skal gjøres gjeldende for barn under 16 år.

Direktoratet foreslår at kravet til vedtak for å iverksette gjennomføringstiltak, uttrykkes i egen bestemmelse, uavhengig av valg av alternativ 1 eller 2.

Særskilt om å bruke phvl. § 4-4 for barn som ikke er underlagt tvungent vern (alternativ 2)

For behandling uten eget samtykke (§ 4-4) kreves det at pasienten må være underlagt tvungent vern, det innebærer at pasienten må ha en "alvorlig sinnslidelse". Dersom § 4-4 skal gjelde for barn som ikke er underlagt tvungent vern (alternativ 2), må det tydeliggjøres at "alvorlig sinnslidelse" er et vilkår for kunne bruke bestemmelsen.

Praktisk innebærer det at når et barn motsetter seg behandling, kan det bare iverksettes tvungen behandling etter § 4-4 dersom barnet har en psykoselidelse eller en tilstand der mestrings- og realitetsvurderingsevnen tilsvarer det en ser ved en psykoselidelse. Det samme gjelder barn over 16 år. Se ellers kapittel 5.5 om begrepet "alvorlig sinnslidelse".

Foreldresamtykke ved gjennomføringsvedtak etter kapittel 4

Psykisk helsevern skjer med grunnlag i samtykke etter bestemmelsene i pasient- og brukerrettighetsloven med mindre annet er bestemt i loven, jf. phvl. § 2-1 første ledd. Det innebærer at psykisk helsevern for barn som utgangspunkt skjer med foreldresamtykke, jf. pbrl. § 4-4.

Direktoratet foreslår at foreldresamtykke fortsatt skal ligge til grunn for gjennomføringsvedtak for barn, selv om det *også* lovfestes et vedtakskrav. Vedtakene blir altså "dobbelthjemlet". Det vises til redegjørelse for og drøftelse av foreldresamtykke i kapittel 4.

Foreldresamtykket skal gis i forkant av at tiltaket vedtas og iverksettes. Det vil for de fleste tiltaks vedkommende være gjennomførbart. Det vil imidlertid kunne oppstå situasjoner der dette ikke er mulig. Det vil typisk være ved uventede utageringer, der det ikke er mulig å innhente samtykke dersom en skal rekke å avverge en skadevoldende hendelse. Det kan også tenkes enkelte andre situasjoner der det vil være uforsvarlig å avvende samtykke før det fattes vedtak og tiltaket iverksettes, for eksempel kan det være nødvendig å beslaglegge en farlig gjenstand raskt (§ 4-7). Vi foreslår derfor en unntaksbestemmelse om at det ikke trengs foreldresamtykke hvis tiltak er nødvendig i en akutt nødsituasjon. Det skal imidlertid fortsatt fattes (etterfølgende) vedtak av hensyn til klagemulighet og registrering.

Dersom det oppstår gjentakende situasjoner med uforutsett behov for tiltak, typisk kortvarig fastholding pga. utageringer, kan det være aktuelt å avklare et forhåndssamtykke med foreldrene om iverksettelse av tiltak, herunder om hvordan disse mest mulig skånsomt kan gjennomføres. Dette skal helsepersonell for øvrig også ha dialog med barnet om, jf. § 4-2 andre ledd. Det er imidlertid viktig å minne om at det skal fattes vedtak for hver tiltakssituasjon selv om foreldrene har gitt et samtykke for en periode. Dette er spesielt viktig å være oppmerksom på i forbindelse med fastholding; det kan ikke lages samlevedtak for en periode, for eksempel en uke. Det må fattes vedtak for hver enkelt situasjon der vilkårene for fastholding er oppfylt.

Husordensreglement og nødrett kan også være mulige hjemler for henholdsvis begrensninger og intervensjoner, som for eksempel å sette grenser for sjenerende mobiltelefonbruk i fellesområder og avverge mobiltelefonbruk som krenker andre personers integritet og personvern.

Ingen nedre aldersgrense for når vedtak skal fattes

Vi foreslår at psykisk helsevernloven kapittel 4 tiltak kan iverksettes overfor barn uavhengig av alder. Ved isolasjon og mekaniske tvangsmidler er aldersgrensen i dag 16 år, jf. § 4-8 tredje ledd.

Vi foreslår ingen endring i denne aldersgrensen.

Alle tiltak *kan* være aktuelle i varierende grad avhengig av aldersgruppe. For den yngste aldersgruppen (under 12 år) er det i praksis kortvarig fastholding (§ 4-8 andre ledd bokstav d) og i noe grad sondeernæring som er de mest aktuelle tiltakene, men også for den yngre aldersgruppen *kan* øvrige tiltak være relevante.

Det foreslås heller ingen nedre aldersgrense for når det skal fattes formelt vedtak for å kunne iverksette tiltaket. Det vil si at det skal fattes vedtak overfor barn under 12 år som underlegges tiltak, typisk i form av kortvarig fastholding, i tråd med direktoratets fortolkning i rundskrivet kapittel 4.

Tvangslovutvalget foreslo vedtak for barn mellom 12 og 16 år (under 12 år dersom barnet viser en særlig modenhet i situasjonen) i tilfeller der barnet motsetter seg tiltaket. Under denne alder foreslo utvalget at tiltak skulle hjemles i foreldresamtykke.

Direktoratet anbefaler ikke en nedre aldersgrense for vedtaksplicht for kapittel 4-tiltak. En nedre aldersgrense vil innebære en innskrenkning av vedtaksplichten som praktiseres i dag, og bety svekkelse av rettssikkerheten sammenlignet med i dag.

Vi har ikke data som viser omfang av vedtak overfor gruppen under 13 år. Direktoratet har imidlertid forstått det slik at de fleste tiltak, bortsett fra kortvarig fastholding i forbindelse med for eksempel sondeernæring eller utageringer, sjelden iverksettes av helsepersonell overfor aldersgruppen under 12 år. Det er også få døgninnleggelses av barn i denne aldersgruppen (se tabell 1). Barn har rett til å ha med seg foreldre under sykehusoppholdet, jf. pbrl. § 6-2. Det gjelder også i psykisk helsevern, og

desto yngre barna er desto større sannsynlighet for at foreldrene er til stede under hele innleggelsen. Slik direktoratet har forstått det, vil barn i yngre aldersgrupper derfor sjelden bli underlagt skjerming eller kommunikasjons-begrensinger som avskjærer fra kontakt med foreldre/familie av institusjonen. Eventuelle kommunikasjonsbegrensninger (typisk begrenset tilgang til mobiltelefon for å begrense "skjermtid" og tilgang til sosiale medier), beslag e.l. vil vanligvis bli besluttet og iverksatt av foreldrene uten institusjonens inngripen, selv om det kan forekomme anbefalinger og veiledning fra institusjon om dette. Dersom institusjonen likevel beslutter og iverksetter tiltak, som for eksempel kommunikasjonsbegrensninger fordi foreldrene ønsker at helsepersonellet skal ta belastningen fra dem, tilsier tiltakets inngripende karakter at sentrale rettssikkerhetsmekanismer som saksbehandlingskrav, begrunnede vedtak og klagemulighet må gjelde.

På hvilke arenaer de ulike gjennomføringstiltakene brukes

Skjerming (§ 4-3), begrensning i forbindelse med omverden (§ 4-5 andre ledd), undersøkelse av rom og eiendeler samt kroppsvisitasjon (§ 4-6), beslag (§4-7) og bruk av tvangsmidler (§ 4-8) kan i henhold til bestemmelsene i gjeldende lov bare brukes i institusjon i psykisk helsevern. Hjemlene kan derfor ikke brukes overfor pasienter som er underlagt psykisk helsevern, men som oppholder seg i egen bolig eller institusjoner i den kommunale helse- og omsorgstjenesten.

Dette vil også gjelde barn underlagt psykisk helsevern.

I en fortolkning fra Helsedirektoratet er det lagt til grunn at kortvarig fastholding av barn på bakgrunn av foreldresamtykke, også kan iverksettes av helsepersonell utenfor institusjonen, se kapittel 7.2.

Dette vil kunne være aktuelt dersom barnet er utenfor institusjonen sammen med helsepersonell, så vel som ved ytelse av helsehjelp i hjemmesykehus e.l.

Mer ambulante og arenafleksible behandlingsformer, der barn enten behandles i hjemmesykehus eller andre behandlingsformer der helsepersonell er sammen med barnet utenfor institusjon som del av behandlingsopplegget, er etter det vi har fått opplyst blitt mer vanlig da det legges vekt på at barnet behandles og får mestringsstrategier osv. i de rammene det skal fungere i - hjemme, skole, offentlige arenaer osv. - når behandlingen er avsluttet.

Fortolkningen er derfor fortsatt svært relevant. Av hensyn til forutberegnelighet og tydelig hjemmelsgrunnlag for et tiltak som kan oppleves inngripende, bør det eksplisitt lovfestes at kortvarig fastholding er tillatt også utenfor institusjonen. Det understrekes at vilkårene er de samme som gjelder § 4-8 i institusjon; det må foreligge en akutt situasjon som ikke kan avverges på annen måte enn ved fastholding.

Når det gjelder øvrige tiltak som etter psykisk helsevernloven kan gjennomføres i institusjon, har vi vurdert om noen av disse bør kunne iverksettes av helsepersonell, med foreldresamtykke overfor barn som *ikke* er innlagt i døgninstitusjon, men behandles på hjemmesykehus, ambulant, poliklinisk e.l. Slik vi har forstått, er tiltakene lite aktuelle når barn ikke er innlagt i døgninstitusjon. Dels vil eventuelle tiltak av for eksempel typen begrensninger i mobilbruk/sosiale medier iverksettes av foreldre, eventuelt med støtte og veiledning fra helsepersonell, dels vil tiltakene være vanskelig å iverksette og effektuere for helsepersonell som bare er kortvarig til stede på arenaer utenom døgninstitusjon.

8 Godkjenning av og velferdskontroll ved institusjoner

8.1 Innledning

Det foreslås å forskriftsfeste krav om godkjenning av og velferdskontroll ved institusjoner for barn dersom alternativ 2 velges. Dersom alternativ 1 velges, og barn underlegges samme regler som voksne, er dette ikke nødvendig.

8.2 Gjeldende rett

Godkjenning av institusjoner

Tvungent vern kan som hovedregel bare gjennomføres i eller under ansvar av institusjon som er godkjent av Helsedirektoratet for formålet, jf. phvl. § 3-5 første og fjerde ledd og psykisk helsevernforskriften § 2. Godkjenning gis til institusjoner som eies av eller utfører tjenester etter avtale med regionalt helseforetak. Med institusjoner menes også avdelinger ved institusjoner. Formålet er å sikre at pasientene får behandling under forsvarlige forhold.

For å bli godkjent må institusjonen oppfylle visse krav til materiell standard og bemanning, jf. forskriften §§ 3 og 4. Institusjonen skal være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at kravet til forsvarlig helsehjelp kan ivaretas, jf. [spesialisthelsetjenesteloven § 2-2](#) og gjelder alle institusjoner. Institusjonen skal videre ha personell med tilstrekkelig *kompetanse* til å diagnostisere og bruke de mest sentrale anerkjente behandlingsformer for institusjonens pasientgruppe. Institusjoner for barn skal ha spesialister i barne- og ungdomspsykiatri og barne- og ungdomspsykologi, samt kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til at det kan ytes forsvarlig helsehjelp. Generelt har barn som er innlagt i institusjon krav på undervisningstilbud og fritidsaktiviteter under oppholdet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven §§ 6-3 og 6-4.

Institusjoner som har ansvar for tvungent vern med døgnopphold skal fylle visse tilleggskrav. Dette er krav som institusjoner som kun har ansvar for barn under 16 år ikke er underlagt.

Institusjonene skal så langt mulig tilby enerom, ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer, lokaler egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål og tilgang på egnede utearealer. De skal alltid kunne tilkalle psykiater og å ha kvalifisert personell med tilstrekkelig medisinsk-, psykolog- eller sykepleiefaglig kompetanse til stede. Institusjoner med døgnopphold av en viss varighet skal også ha kvalifisert personell for et godt tilbud av miljø- og fritidsaktiviteter og tilbud for å sikre nødvendig opplæring. Institusjonen skal være utformet og utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås og utrustet slik at bruk av tvang er forsvarlig. Det skal være tilfredsstillende skjermingsmuligheter, og nok personell og faglig kompetanse til i størst mulig grad å forhindre bruk av tvang, samt tilstrekkelig personell til at tvang blir utøvd forsvarlig.

Kontrollkomisjonens besøk ved institusjoner

Det følger av psykisk helsevernforskriften § 62 at kontrollkomisjonen minst én gang per måned skal besøke institusjoner som er godkjent for pasienter under tvungent vern med døgnopphold, jf. forskriften § 2. Andre institusjoner skal ha besøk minst fire ganger i året, dette gjelder blant annet døgninstitusjoner for barn som ikke er godkjent for tvang, selv om vi har fått opplyst at kontrollkomisjonene i praksis besøker disse institusjonene oftere.

Ved besøkene skal kommisjonen føre kontroll med bruk av gjennomføringsvedtak (kapittel 4vedtak), gjennomgå protokoller om skjerming, behandling uten eget samtykke og tvangsmidler, og undersøke husordensreglement. Besøkene skal også være en anledning for pasientene til å framsette klager eller ta opp andre forhold. Pasienter som er blitt innlagt uten eget samtykke etter kommisjonens forrige besøk, skal få tilbud om samtale med kommisjonen.

8.3 Tidligere forslag

Paulsrud-utvalget mente det var grunn til å se nærmere på krav til døgnenheter som behandler barn mellom 12 og 16 år mot deres vilje, men drøftet ikke temaet videre.

Tvangslovutvalget foreslo krav til institusjoner for tvangsinnleggelse og tvungent tilbakehold. Utvalget uttalte at *“et hovedkrav må være at institusjonen er faglig og materielt i stand til å gi personen tilfredsstillende behandling og omsorg”*. Utvalget foreslo at nærmere bestemmelser, blant annet om godkjenning, ble gitt i forskrift, jf. utvalgets lovforslag § 1-4 tredje ledd. Utvalget foreslo at tvangsnemnder skulle føre stedlig tilsyn ved institusjoner der *det utøves tvang*, jf. utvalgets lovforslag § 10-5. Utvalget uttalte seg ikke spesielt om godkjenning eller tilsyn av institusjoner for barn.

8.4 Vurderinger og forslag

Direktoratet forstår det slik at de fleste institusjoner for døgnopphold i psykisk helsevern for barn har pasienter i aldersgruppen 13-18 år, og at disse som regel vil være godkjent for tvungent vern iht. forskriften §§ 2-4 for å kunne ha barn mellom 16 og 18 år innlagt under tvang ved behov. Disse institusjonene vil da fylle krav til materiell standard og utrustning og bemanning som nevnt ovenfor, og kontrollkommisjonen skal besøke institusjonene månedlig.¹⁰

I enkelte institusjoner innlegges i praksis kun barn i aldersgruppen *under* 16 år, og institusjonene behøver ikke godkjenning fordi barna ikke legges inn på tvungent vern, men foreldresamtykke. Noen av barna kan imidlertid være innlagt under motstand, og kan også bli underlagt behandling og andre gjennomføringstiltak.

Direktoratet vurderer at disse institusjonene bør underlegges krav om godkjenning og besøkshyppighet på linje med avdelinger godkjent for tvungent vern: Barn under 16 år som er innlagt og behandlet på foreldresamtykke, er reelt og opplevd i en tvangssituasjon. Institusjonene der disse barna innlegges, bør derfor underlegges samme krav til materiell standard og bemanning som institusjoner for voksne som er underlagt tvang.

Kontrollkommisjonen bør pålegges å besøke disse institusjonene fysisk minst en gang i måneden. Løpende innsikt i forholdene på institusjonen og jevnlig kontakt med barn som er innlagt, er viktig for å fange opp motstand og tvangsbruk, motta klager og generelt være tilgjengelig for å opplyse barn om rettigheter og klagemuligheter og gi råd og veiledning. En besøksfrekvens på fire ganger i året, som i dag, legger ikke til rette for å ha kontakt med alle barn som er innom institusjonen. Frekvensen gir antakelig heller ikke mulighet til å fange opp alle tilfeller der barn ønsker å klage/yter motstand, da det må antas at barn har en høyere terskel for å klage skriftlig eller selv ta initiativ til kontakt med kommisjonen, blant annet pga. manglende kunnskap eller frykt for konsekvenser.

¹⁰ Det er pr 2025 18 ungdomspsykiatriske avdelinger i Norge iht. Olesen, Esben S.B. et al. *Tvang og grenser*. Oslo: Universitetsforlaget, 2025

9 Veiledningsplikt

9.1 Gjeldende rett

Helsetjenesten har en alminnelig veiledningsplikt og foreldre har særlig rett til informasjon om sine barns helsetilstand etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 3-3 og 3-4. Foreldrenes rett til informasjon gjelder under visse forutsetninger også for barn over 16 år, og er en rettighet som er vesentlig for foreldrenes mulighet til å oppfylle sitt foreldreansvar. Ellers pålegger helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 kommunene en plikt til å tilby pårørende med særlig tyngende omsorgsarbeid støttende tiltak, blant annet i form av opplæring og veiledning.

9.2 Tvangslovutvalgets forslag

Utvalget foreslo en bestemmelse som gir foreldrene eller andre som har foreldreansvar rett til veiledning og oppfølging når den ordinære kontakten med helsetjenesten avsluttes fordi barnets motstand er så massiv at det er uforvarlig å fortsette kontakten, men barnet fortsatt har et sterkt behov for den aktuelle helsehjelpen, se utvalgets lovforslag § 2-3. Utvalget antok at forslaget særlig ville være aktuelt i psykisk helsevern, og begrunnet forslaget slik:

“Hvis helsetjenesten utfra en forsvarlighets- og forholdsmessighetsvurdering kommer til at barnets motstand er så sterk at det er kontraindisert å fortsette helsehjelpen, opphører foreldrenes mulighet til kontakt med helsetjenesten. Situasjonen er da at de med foreldreansvar sitt ansvar utvides, men uten at det ledsages av bistand til å ivareta en oppgave som ellers ville vært tillagt helsetjenesten, med unntak av en uformell mulighet for veiledning. Ut fra de opplysninger utvalget har mottatt, gjelder problemstillingen en meget begrenset gruppe barn, og fordi foreldre eller andre som har foreldreansvar oppfatter situasjonen som fortvilende, gis det råd fra spesialisthelsetjenesten når foreldrene eller andre som har foreldreansvar tar kontakt. Det er imidlertid grunn til å tro at praksis kan være ulik mellom helseforetakene. Sett i lys av den rett foreldre eller andre som har foreldreansvar har til veiledning og støtte etter helse- og omsorgstjenesteloven § 3-6 nr. 1 og etter barnevernloven, mener utvalget at det foreligger en ubegrunnet forskjell med hensyn til lovfesting av muligheten for veiledning, som følge av en problemstilling som har fått liten oppmerksomhet. Dette er situasjoner der barnet oppfyller vilkårene for rett til helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1 a andre ledd eller 2-1 b andre ledd, men barnet klarer ikke å nyttiggjøre seg rettigheten på grunn av motstanden.”¹¹

De fleste høringsinstansene som kommenterte forslaget, var positive, herunder Helsedirektoratet, fylkesnemndene (nå: helse- og sosialnemndene), Bufdir og Oslo Universitetssykehus (OUS).

9.3 Vurderinger og forslag

Direktoratet støtter utvalgets forslag. Ved en svært konfliktfylt situasjon der barnet har et stort behov for helsehjelp, men hvor motstanden er svært sterk og står i veien for å gi adekvat og faglig forsvarlig helsehjelp kan det å ta et skritt tilbake være den mest hensiktsmessige og forsvarlige måten å gå fram.

¹¹ NOU 2019: 14 kapittel 17.6

Veiledningen kan hjelpe foreldrene til å stå i en krevende omsorgssituasjon, og hindre at omsorgssituasjonen bryter sammen.

Kontakten mellom spesialisthelsetjenesten og foreldrene kan dessuten gi barnet trygghet for at det er en lav terskel for kontakt, og om ikke barnet ønsker direkte kontakt, vet det at foreldrene eller andre med foreldreansvar fungerer som et talerør. Over tid kan behandlingsallianse bygges opp.

Gjennom veiledningen til foreldrene kan spesialisthelsetjenesten også følge utviklingen hos barnet. Det kan forhindre akutte inngrep, men gir også mulighet til å gripe raskt inn om tvangstiltak er nødvendig.

I likhet med utvalget foreslår vi at foreldrene eller andre med foreldreansvar selv bestemmer hvorvidt de ønsker å ta imot veiledningen.

Direktoratet foreslår at bestemmelsen tas inn i et nytt kapittel 2A sammen med øvrige bestemmelser om barn, for å synliggjøre bestemmelsen. Se kapittel 11, både alternativ 1 og 2.

10 Økonomiske og administrative konsekvenser

Forslagene antas ikke å føre til økonomiske eller administrative konsekvenser av betydning.

Alternativ 1 (kapittel 5) innebærer at faglig ansvarlig skal fatte vedtak ved innleggelse i psykisk helsevern der barnet motsetter seg. Antall tilfeller pr år der barn motsetter seg innleggelse er forholdsvis lavt (73 i 2024, jf. tabell 3). Det kan bli noen flere vedtak ved alternativ 1, fordi tvangsbehandlingsvedtak etter phvl. § 4-4 forutsetter at det opprettes phvl. § 3-3-vedtak. Faglig ansvarlig må også i dag journalføre og begrunne innleggelser. Det vil derfor bli begrenset merarbeid med å fatte vedtak. Vedtak kan påklages til kontrollkommisjonen. Det antas ikke å bli et stort antall klager siden det er relativt få innleggelser under motstand. Alternativ 1 innebærer at barn får rett til å

reise søksmål for domstolen. Sett hen til lavt antall forventede vedtak og kort gjennomsnittlig innleggelsestid (se tabell 1, fotnote 4), antas også antall søksmål å bli lavt og vil neppe medføre økte kostnader av betydning for helseforetak og rettsvesen.

Alternativ 2 (kapittel 6) innebærer en kodifisering av kontrollkomisjonens overprøving etter gjeldende phvl. § 2-1 andre ledd, og gir neppe flere klager eller mer omfattende behandling enn i dag.

Både alternativ 1 og 2 (kapittel 7) innebærer at helsepersonell skal fatte vedtak knyttet til noen flere typer gjennomføringstiltak (kapittel 4-vedtak) enn i dag. Vi har ikke tall å sammenligne med, da tiltakene i dag ikke systematisk registreres. Ut fra det vi har fått opplyst av tjenesten brukes de fleste tiltak i begrenset omfang. Flere vedtak vil kunne bety flere klager til kontrollkomisjonen. Det er særlig ved behandling med ernæring at det antas å bli fattet flere vedtak (§4-4). Basert på antall utskrivninger av barn fra 12 t.o.m. 15 år med diagnosen anoreksi (157 i 2024, jf. kapittel 2 tabell 2), kan en anslå at det vil bli fattet vedtak for maksimalt dette antallet barn pr år - med forbehold om at det også er yngre barn med diagnosen. Vedtak om behandling har en varighet på 3 uker, og det kan bli fattet flere vedtak pr. barn. Det må forventes noen klager; tvungen ernæring er inngripende tiltak som ofte gjennomføres under en form for motstand. Klage over disse vedtakene behandles av statsforvalteren, som vil kunne få en økt arbeidsbyrde, men det vil uansett være et forholdsvis begrenset antall klager for det enkelte embete.

Både alternativ 1 og 2 (kapittel 8) innebærer at institusjoner der barn innlegges til døgnopphold, skal godkjennes og at de institusjonene som ikke allerede er godkjent, må søke godkjenning. Statsforvalter og Helsedirektoratet behandler søknadene. Kostnaden ved søknadsprosessen er lave. Strengere krav til materiell standard og bemanning vil kunne øke kostnader i helseforetakene noe. Alle døgninstitusjoner for barn skal allerede ha kontrollkomisjon. De som ikke er godkjent for tvang, skal besøkes fire ganger i året. Vi foreslår månedlige besøk. Dette praktiseres allerede av mange kommisjoner, og kostnadene ved forslaget antas å bli små.

Veiledningsplikten (kapittel 9) antas ikke å medføre ekstra kostnader. Helsetjenesten har allerede en alminnelig veiledningsplikt, og forslaget vil vedrøre en begrenset gruppe barn.

Lovendringer vil medføre implementeringsarbeid knyttet til bl.a. rundskrivsendringer, veiledning til kontrollkomisjonen og maler til EPJ og klageorganer.

11 Forslag til lov- og forskriftsendringer

Alternativ 1:

I

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

§ 1-7 tredje ledd skal lyde:

Ved saker om tvungen observasjon, etablering, opprettholdelse eller opphør av tvungen psykisk helsevern, saker om overføringer, saker som *nevnt i § 2-2 fjerde ledd* og ved klage til statsforvalteren over vedtak om undersøkelse og behandling etter [§ 4-4](#), har pasienten rett til fri rettshjelp etter [lov 13. juni 1980 nr. 35 om fri rettshjelp](#).

§ 2-1 andre ledd oppheves.

§ 2-2 andre ledd, tredje ledd tredje punktum og fjerde ledd andre punktum oppheves.

Nytt kapittel 2A skal lyde:

Kapittel 2A Særlige regler for barn under 16 år

§ 2A-1 Samtykke til psykiske helsehjelp

Psykisk helsehjelp til barn under 16 år krever samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 4-4.

Motsetter barnet seg psykisk helsehjelp, skal vilkårene for tvungent psykisk helsevern være oppfylt og faglig ansvarlig skal treffe vedtak, jf. psykisk helsevernloven § 3-3a.

2A-2 Tiltak ved gjennomføring av psykisk helsevern

Bestemmelsene i kapittel 4 gjelder også for barn under 16 år.

Den eller de som har foreldreansvaret skal samtykke til tiltak etter kapittel 4, med mindre tiltak er nødvendig i en akutt nødsituasjon.

§ 4-8 andre ledd bokstav d om kortvarig fastholding gjelder også utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern.

§ 2A-3 Tilbud om veiledning

Dersom det på grunn av barnets motstand er uforsvarlig å gjennomføre helsehjelp barnet har sterkt behov for, skal virksomheten tilby veiledning til foreldre eller andre med foreldreansvaret.

§ 7-1 andre ledd skal lyde:

Barn har partsrettigheter fra fylte 12 år, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 6-5. Kontrollkommisjonen kan innvilge et barn under 12 år partsrettigheter. Barn med partsrettigheter kan kreve rettslig overprøving etter første ledd.

II

I forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften) gjøres følgende endringer:

§ 60 oppheves.

Alternativ 2:

I

I lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern gjøres følgende endringer:

§ 2-1 andre ledd oppheves.

§ 2-2 andre ledd, tredje ledd tredje punktum og fjerde ledd andre punktum oppheves.

Nytt kapittel 2A skal lyde:

Kapittel 2A Særlige regler for barn under 16 år i psykisk helsevern

§ 2A-1 Samtykke til undersøkelse og behandling

Psykisk helsehjelp til barn under 16 år krever samtykke fra foreldrene eller andre med foreldreansvaret, jf. [pasient- og brukerrettighetsloven](#) § 4-4.

§ 2A-2 Kontrollkommisjonens behandling av saker der barnet er under 16 år

Når barn som har fylt 12 år motsetter seg psykisk helsevern ved innleggelse i døgninstitusjon eller sammenlignbart behandlingstilbud, skal helsepersonell varsle kontrollkommisjonen som skal prøve spørsmålet om etablering av psykisk helsevern. Det samme gjelder for barn under 12 år dersom barnets alder og modenhet tilsier det. Barnet kan også på ethvert tidspunkt i det videre behandlingsforløpet be om at det psykiske helsevernet skal opphøre

Psykisk helsevern for barn under 16 år som ikke er enig i tiltaket, kan iverksettes selv om kontrollkommisjonen ikke har behandlet saken etter psykisk helsevernloven § 2A-2.

Kontrollkommisjonen skal snarest mulig behandle saken.

Ansvarlig helsepersonell skal forut for behandlingen i kontrollkommisjonen gi en skriftlig redegjørelse til kommisjonen. Redegjørelsen skal inneholde opplysninger som gjør kontrollkommisjonen i stand til å foreta prøving etter sjuende ledd.

Kontrollkommisjonen skal la barnet uttale seg. Det bør også innhentes uttalelse fra barnets foreldre. Barnet har rett til å være til stede i kontrollkommisjonens møte og til å uttale seg direkte til kontrollkommisjonen. Dersom barnet ikke ønsker å være til stede, skal kontrollkommisjonen legge til rette for at barnet kan høres på annen egnet måte. Psykisk helsevernloven § 6-4 om særlige saksbehandlingsregler gjelder tilsvarende.

Kontrollkommisjonen skal behandle saken på en måte som sikrer barnets beste og medvirkning.

Kontrollkommisjonen skal foreta en helhetsvurdering av hva som anses å være til det beste for barnet. I helhetsvurdering skal kontrollkommisjonen blant annet legge vekt på hvor alvorlig tilstanden er, hvor inngripende tiltaket er og tiltakets planlagte varighet. Det skal også legges vekt på barnets

alder og modenhet, begrunnelse for og graden av motstand og hvor stor belastning tiltaket vil være for barnet. Det bør også ses hen til vilkårene for etablering av tvungent psykisk helsevern.

§ 2A-3 Tiltak ved gjennomføring av psykisk helsevern

Bestemmelsene i kapittel 4, unntatt § 4-9, gjelder også for barn under 16 år.

Kravet i §§ 4-4, 4-5 andre ledd og 4-7a andre ledd om at pasienten må være under tvungent psykisk helsevern gjelder ikke for barn under 16 år. For undersøkelse og behandling uten eget samtykke, jf. § 4-4 jf. § 4-4a, må vilkåret om alvorlig sinnslidelse være oppfylt, jf. § 3-3.

Den eller de som har foreldreansvaret må samtykke til tiltaket, med mindre tiltaket er nødvendig i en akutt nødsituasjon.

§ 4-8 andre ledd bokstav d om kortvarig fastholding gjelder også utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern.

§ 2A-4 Tilbud om veiledning

Dersom det på grunn av barnets motstand er uforsvarlig å gjennomføre helsehjelp som barnet har sterkt behov for, skal virksomheten tilby veiledning til foreldre eller andre med foreldreansvaret.

§ 2-2 andre, tredje og fjerde ledd oppheves.

II

I forskrift om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. (psykisk helsevernforskriften) gjøres følgende endringer:

§ 2 første ledd skal lyde:

Institusjoner og *avdelinger* som skal være ansvarlig for eller kunne bruke tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med og uten døgnopphold, samt *institusjoner og avdelinger der barn under 16 år innlegges til døgnopphold eller mottar sammenlignbart behandlingstilbud*, skal ha godkjenning av Helsedirektoratet.

§ 3 andre ledd skal lyde:

Institusjoner og *avdelinger* som skal ha ansvar for tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern med døgnopphold, samt *institusjoner og avdelinger der barn under 16 år innlegges til døgnopphold*, skal i tillegg:

- a. Så langt det er mulig gi tilbud om enerom
- b. ha tilstrekkelige og oversiktlige fellesarealer
- c. ha lokaler som er egnet til fritidsaktiviteter og opplæringsformål
- d. ha tilgang på egnede utearealer i rimelig nærhet av institusjonen

- e. være fysisk utformet og materielt utstyrt slik at bruk av tvang i størst mulig grad unngås
- f. være materielt utstyrt slik at bruk av tvang er forsvarlig
- g. sørge for at rom som tenkes brukt til isolasjon er egnet til formålet
- h. ha tilfredsstillende skjermingsmuligheter

§ 4 tredje ledd oppheves.

Nytt § 4 femte ledd skal lyde:

Denne bestemmelsen gjelder tilsvarende for institusjoner og avdelinger der barn under 16 år innlegges til døgnopphold. I psykisk helsevern for barn og ungdom skal legen være spesialist i barne- og ungdomspsykiatri og psykologen være spesialist i barne- og ungdomspsykologi.

§ 60 oppheves.

§ 62 første ledd skal lyde:

Kontrollkommisjonen skal minst 1 gang per måned besøke institusjoner eller avdelinger som er godkjent for å ha ansvar for pasienter under tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. *Det samme gjelder institusjoner eller avdelinger der barn under 16 år er innlagt med døgnopphold eller mottar sammenlignbart behandlingstilbud.* I andre institusjoner skal besøk skje minst 4 ganger i året.