

Helse- og omsorgsdepartementet

Oslo, 21. september, 2026

Vår ref: 144-2026-/HIL/AFJ

Psykologforeningens høringssvar til styrking av barn og unges rettssikkerhet ved tvangsbruk i psykisk helsevern

Psykologforeningen takker for muligheten til å gi innspill i denne viktige høringen vedr. barns rettsikkerhet og rettsvern i psykisk helsevern.

Vi støtter at barn og unges rettssikkerhet ved tvangsbruk i psykisk helsevern styrkes, og at de samme regler for etablering av tvungent vern for barn og voksne over 16 år får anvendelse for barn under 16 år (altså alternativ 1). Vi mener forslaget på flere punkter kan styrkes ytterligere, både når det gjelder begrepsbruk, barnets rett til informasjon og involvering, og de faglige forutsetningene som må være på plass før tvang kan anvendes overfor barn.

Barns rettsvern er i dag ikke godt nok sikret

Psykologforeningen mener barns rettsvern og sikkerhet ved tvangsbruk i psykisk helsevern ikke er godt nok ivarettatt innenfor gjeldende rett. Dette går etter vår vurdering utover barns menneskerettigheter slik de er nedfelt i Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon, herunder retten til liv og utvikling (artikkel 6), retten til å bli hørt (artikkel 12), retten til høyest oppnåelige helsestandard (artikkel 24) og prinsippet om barnets beste (artikkel 3). Dette underbygger etter vårt syn behovet for de innstrammingene direktoratet foreslår, og for at enkelte forslag bør gå enda lenger, jf. punktene under.

Barneombudets rapport «Grenseløs omsorg» peker tydelig på at regelverket for psykisk helsevern i for liten grad er tilpasset barns særlige behov og rett til beskyttelse. Vi er derfor glade for at regelverket nå revideres.

Vedtak om tvang må fattes av helsepersonell med vedtakskompetanse

Det er sentralt at vedtak om tvang overfor barn fattes av helsepersonell med relevant vedtakskompetanse:

- Spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi
- Spesialist i klinisk voksenpsykologi
- Spesialist i psykiatri eller barne- og ungdomspsykiatri

Vi mener videre at institusjoner som skal godkjennes for bruk av tvang overfor barn, bør ha tilsatt en spesialist i klinisk barne- og ungdomspsykologi, i tråd med det tilsvarende kravet om at institusjoner godkjent for tvangsbehandling skal ha tilsatt en spesialist i klinisk voksenpsykologi.

Vurdering av barns modenhet, utvikling og beslutningskompetanse krever i tillegg oppdatert kompetanse hos alt involvert personell, ikke bare hos den vedtaksansvarlige. Vi anbefaler at kravet til slik kompetanse fremgår av den detaljerte veiledningen direktoratet skal utarbeide til tjenestene og kontrollkommisjonen. Dette for å ivareta forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenestelovgivningen.

Oppdatert begrepsbruk

Høringsnotatet bruker gjennomgående begrepet «samtykkekompetanse». Vi vil påpeke at begrepet er utdatert og fra 1. juni 2026 er erstattet med «beslutningskompetanse» i pasient- og brukerrettighetsloven. Endringen er blant annet begrunnet med et ønske om å synliggjøre at selvbestemmelsesretten omfatter både retten til å samtykke til og retten til å nekte helsehjelp. Den vedtatte terminologien er også innarbeidet i Helsedirektoratets rundskriv og kodeverk. Vi ber derfor om at høringsnotatet og den videre lovteksten oppdateres i tråd med dette.

Barns gradvise selvbestemmelsesrett, informasjon og involvering

Høringsnotatet legger til grunn at barn under 16 år ikke har beslutningskompetanse. Vi vil understreke at barn har en gradvis selvbestemmelsesrett fra fylte 12 år, og at denne skal veie tyngre jo eldre og mer modent barnet er, selv om det formelle beslutningsansvaret for helsehjelp under 16 år ligger hos foreldre eller andre med foreldreansvaret. Dette betyr i praksis at barn mellom 12 og 16 år bør møtes og snakkes til som om de er beslutningskompetente, med reell mulighet til å påvirke beslutninger som gjelder dem, selv om samtykket formelt gis av andre.

Departementet ber særlig om innspill til forslaget om en flytende nedre aldersgrense for å skille mellom grunnlag for tvangsbruk. Vi støtter en modell der aldersgrensen ikke er absolutt, men suppleres med en individuell vurdering av barnets alder og modenhet, i tråd med barnekonvensjonens prinsipper om barnets beste (artikkel 3) og retten til å bli hørt (artikkel 12). En rent kronologisk aldersgrense fanger ikke opp den store variasjonen i modenhet og utviklingsnivå hos barn. I tillegg kan det for eksempel være utfordrende å skille mellom ungdommelig umodenhet og faktisk beslutningssvikt.

Psykologforeningen er positive til en differensiert tilnærming og mener det bør tydeliggjøres i forskrift hvilke vurderingskriterier som skal legges til grunn for den individuelle vurderingen av barnets alder og eventuelle modenhet, eksempelvis barnets sykdomsbilde og alvorlighetsgrad, barnets evnenivå, barnets egne synspunkter, og barnets tidligere erfaringer med og forhold til helsehjelp.

Barnet skal alltid informeres på en måte som er tilpasset dets utviklings-, modenhets- og aldersnivå, og informasjonen bør gis i dialog hvor barnet kan stille spørsmål. Økt og systematisk involvering av barnet kan også bidra til økt tillit til helsepersonell og til behandlingsapparatet for øvrig.

Frivillighet og minste inngripende middel

Vi mener det bør fremgå tydelig av loven at frivillige tiltak må være forsøkt før tvang vurderes overfor barn, med mindre dette åpenbart er formålsløst. Dette må dokumenteres skriftlig i vedtaket, med konkret redegjørelse for hvilke frivillige tiltak som er forsøkt, og

hvorfor disse ikke var tilstrekkelige. En slik dokumentasjonsplikt vil både styrke rettssikkerheten og bidra til systematisk læring i tjenestene om hva som faktisk reduserer behovet for tvang.

I forlengelsen av dette mener vi det bør fremgå eksplisitt at prinsippet om minste inngripende middel skal legges til grunn, og at det i vedtaket skal fremgå hvilke mindre inngripende alternativer som er vurdert og hvorfor de ikke ble ansett tilstrekkelige.

At barnet «ikke motsetter seg» er ikke det samme som et informert, reelt samtykke

Psykologforeningen støtter alternativ 1, men vil samtidig understreke at det ikke er faglig forsvarlig å legge til grunn at foreldresamtykke alene er tilstrekkelig grunnlag når barnet ikke aktivt motsetter seg helsehjelpen.

Når barn er svært redde, kan kroppen reagere med en såkalt fryserespons (del av kroppens fight-flight-freeze-reaksjon). Da kan barnet bli handlingslammet, eller få andre stressreaksjoner som å "kople seg fra" (dissosiasjon), slutte å snakke (mutisme) eller bli svært underdanig for å unngå fare (såkalt «fawn»-respons). Fraværet av synlig motstand kan i slike tilfeller skyldes frykt og en tilstand av hjelpeløshet, ikke et reelt uttrykk for aksept eller manglende motstand hos barnet.

Barn er under utvikling, er særlig avhengige av voksne og mer sårbare for maktasymmetrier enn voksne. At et barn ikke motsetter seg helsehjelpen, kan derfor i langt mindre grad enn hos voksne tas til inntekt for at situasjonen oppleves som frivillig. Fravær av motstand bør derfor ikke alene være avgjørende for om de rettssikkerhetsgarantiene som følger av vedtak om tvungent psykisk helsevern kommer til anvendelse. Regelverket må ta høyde for dette, slik at vedtak om tvungent vern – med den selvstendige kontrollen dette innebærer – ikke kan unnlates utelukkende fordi barnet fremstår som passivt eller ikke uttrykker motstand.

Alternativ 1, vedtakskrav og øvrige rettssikkerhetsgarantier

Vi støtter alternativ 1: at faglig ansvarlig, i tillegg til samtykke fra foreldre eller andre med foreldreansvaret, må treffe et eget vedtak om tvungent psykisk helsevern for barn mellom 12 og 16 år, og at kontrollkommisjonen overprøver dette vedtaket etter samme regler som for voksne. Dette gir en selvstendig, uavhengig kontroll av tvangsbruken som ikke er avhengig av foreldrenes samtykke alene.

Vi støtter videre at det innføres krav om vedtak også for tiltak etter psykisk helsevernlovens §§ 4-4, 4-5, 4-7 og 4-10, slik at disse bare kan besluttes i medhold av et vedtak om tvungent psykisk helsevern. Dette er et viktig og etterlengtet skjerpene grep som gir barn samme grunnleggende rettssikkerhetsgaranti som voksne har for tilsvarende inngripende tiltak.

Samlet sett mener vi endringene vil styrke barns rettsstilling vesentlig. Dette er positivt. Vi merker oss også, slik høringsnotatet selv påpeker, at endringene vil kunne avlaste foreldre, som i dag alene kan sitte med et krevende ansvar for beslutninger om tvang overfor eget barn.

Vi vil fremheve at innføringen av vedtakskrav utløser en rekke rettssikkerhetsgarantier som vi mener er positive og nødvendige, og som vi støtter i sin helhet:

- Krav til begrunnelse og mulighet for overprøving av vedtaket.
- Vedtak legger til rette for mer pålitelig og fullstendig registrering og overvåkning av tvangsbruk overfor barn.
- De samme reglene for jevnlig kontrollundersøkelser og søknad om forlengelse av tvungent vern som gjelder for voksne, kommer nå også til anvendelse for barn.
- Tvangsvedtak kan påklages til kontrollkommisjonen, som er etter vår vurdering et svært viktig grep.
- Barnet/pasienten har rett til å la seg bistå av advokat eller annen fullmektig, og har krav på fri sakførsel.
- Institusjoner som skal være ansvarlige for, eller ha adgang til å bruke, tvang overfor barn skal ha godkjenning av Helsedirektoratet.
- At adgangen til at den som har foreldreansvaret alene kan samtykke til at barn under 16 år tilbakeholdes i institusjon inntil tre uker, ikke videreføres – dette har vært en ordning uten den uavhengige kontrollen som ellers gjelder ved tvungent psykisk helsevern.
- At mekaniske tvangsmidler og isolasjon ikke skal kunne brukes overfor pasienter under 16 år.
- At kontrollkommisjonen pålegges å besøke institusjoner og avdelinger der barn under 16 år har døgnopphold, minst én gang i måneden (jf. utredningens punkt 8).
- At barn skal ha samme rett som voksne til å klage på etablering av tvungent psykisk helsevern eller tvungen observasjon.

Vi støtter videre at grunnlaget for kontrollkommisjonens prøving styrkes. Dagens plikt for faglig ansvarlig til å eget tiltak å gi redegjørelse i saker etter §§ 3-2, 3-3 og 4-10 er for svak, og det er på tide at det, slik direktoratet nå foreslår, innføres krav om skriftlig redegjørelse i alle saker kontrollkommisjonen behandler. Dette burde etter vårt syn ha vært en selvfølge.

Vi anbefaler videre at det innføres en plikt til en klargjørende samtale med barnet om klageadgangen, og at klagesystemet gjøres mer barnesensitivt og tilgjengelig enn i dag, jf. punkt 1 over.

Innvending: kortvarig fastholdelse utenfor døgninstitusjon

Vi reagerer negativt på at forslaget åpner for kortvarig fastholdelse utenfor døgninstitusjon i psykisk helsevern for barn og unge. Et tilsvarende tiltak er ikke tillatt i psykisk helsevern for voksne, og vi kan ikke se noen faglig begrunnelse for at barn og unge skal ha et svakere vern mot denne typen tvangsbruk enn voksne har. Vi kan derfor ikke støtte dette forslaget, og ber om at det tas ut, eller at det underlegges minst like strenge vilkår og kontrollmekanismer som gjelder tvangsbruk i døgninstitusjon. Vi vil i denne sammenheng vise til at alminnelige nødrettslige bestemmelser (nødverge/nødrett) allerede gir hjemmel for nødvendig og forholdsmessig maktbruk i akutte fare- og skadesituasjoner. Dette taler etter vårt syn mot at det er nødvendig å innføre en egen, mer vidtrekkende tvangshjemmel for fastholdelse utenfor døgninstitusjon.

Ytterligere innspill

I tillegg til punktene over vil Norsk psykologforening trekke frem følgende psykologfaglige momenter som vi mener bør inngå i det videre arbeidet:

Systematisk ettersamtale og følgeforskning

Vi foreslår at det innføres en tydelig forventning om at det gjennomføres en strukturert samtale med barnet i etterkant av tvangsbruk, der opplevelsen bearbeides og barnets perspektiv dokumenteres. Dette har både en behandlingsmessig og en rettssikkerhetsmessig funksjon, og kan gi verdifull informasjon til kontrollkommisjonen og institusjonen om hvordan tvangen ble opplevd og eventuelt kunne vært unngått. Dette er krav ved tvungent psykisk helsevern for voksne.

Kunnskapsgrunnlaget for effekten og opplevelsen av tvang overfor barn i psykisk helsevern er fortsatt begrenset. Vi anbefaler at det legges opp til systematisk følgeforskning og evaluering av de nye reglene, herunder barnas egne erfaringer, slik at praksis kan justeres i lys av oppdatert kunnskap.

Beslutningsstøtte og reell medvirkning

Beslutningsstøtte innebærer å komme i posisjon til å forebygge tvang før den blir nødvendig. Vi mener regelverket bør stille krav om beslutningsstøtte til barnet, og at dette bør omfatte krisepaner, støttepersonsordninger og andre tiltak som styrker barnets og ungdommens reelle innflytelse og medvirkning i egen behandling. Slik beslutningsstøtte forutsetter alderstilpasset informasjon og reell mulighet for medvirkning, i tråd med barnets gradvise selvbestemmelsesrett, jf. punktet om dette over.

Barn på hjemmesykehus som er under tvungent psykisk helsevern

Den foreslåtte lovendringen også bør vurderes i lys av den pågående utviklingen av nye og mer arenafleksible behandlingstilbud. Dette gjelder blant annet hjemmesykehus for barn og unge med spiseforstyrrelser. Vi mener det er behov for å avklare hvordan regelverket skal forstås og praktiseres i slike tilbud, herunder grenseoppgangen mellom tvangsbruk og kortvarig fastholding utenfor døgninstitusjon.

Behov for klargjøring av vilkåret «alvorlig sinnslidelse»

Psykologforeningen etterlyser videre behovet for en tydeliggjøring av hvordan vilkåret «alvorlig sinnslidelse» skal forstås og anvendes overfor barn og unge. For tilstander, som psykose og alvorlige spiseforstyrrelser, vil vurderingen i del tilfeller være relativt klar. Samtidig er det i klinisk praksis situasjoner hvor grenseoppgangen kan være mer usikre, og alvorlige tilstander ha et betydelig mer uklart bilde. Psykologforeningen mener derfor at det i forskrift og tilhørende veiledningsmateriell bør gis nærmere føringer for hvordan vilkåret skal forstås og anvendes overfor barn og unge. En slik tydeliggjøring vil kunne bidra til mer likebehandling og større forutsigbarhet for barn, foreldre, behandlere og kontrollinstanser.

Behovet for opplæring og felles forståelse av regelverket for helsepersonell

Avslutningsvis understreker vi at innføringen av nytt regelverk må ledsages av tilstrekkelige tiltak for implementering og kompetanseheving. Det er særlig viktig å legge til rette for en felles forståelse av regelverkets innhold og praktiske bruk, slik at

barn- og unge pasienter og pårørende møtes med mest mulig like vurderinger uavhengig av tjeneste, geografi og fagmiljø.

Med vennlig hilsen
Norsk psykologforening



Hanne Indregard Lind
President