



Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste

Rundskriv

HELSEDIREKTORATET

Postadresse

Postboks 7000 St. Olavs plass
0130 Oslo

Besøksadresse

Universitetsgata 2
0130 Oslo

Sentralbord: 810 20 050

IS nr.: IS-11/2015

BARNE-, UNGDOMSOG FAMILIEDIREKTORATET

Postadresse

Postboks 2233
3103 Tønsberg

Besøksadresse

Stensberggaten 27
0170 Oslo

Sentralbord: 466 15 000

ISBN-nr.: 978-82-8286-256-1

Rundskrivnr.: 21/2015

Bestilling/nedlastning: bufetat.no/bestilling
eller helsedirektoratet.no

Foto: Tine Poppe

FORORD

Vi vet at samarbeid er viktig for at barn og unge med behov for både barneverntjenester og psykiske helsetjenester skal få nødvendige tjenester i rett tid.

Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har fått i oppdrag fra Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet å arbeide sammen for at barn og unge med behov for både barneverntjenester og psykiske helsetjenester skal få et godt og koordinert tjenestetilbud. Dette rundskrivet er ett av flere tiltak direktoratene står sammen om for å bidra til bedre samarbeid mellom tjenestene.

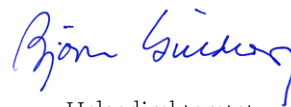
Formålet med rundskrivet er å vise hvilke muligheter tjenestene har for å samarbeide til beste for barn og unge. Rundskrivet avklarer tjenestenes ansvar, oppgaver og plikt til å samarbeide både generelt og i enkeltsaker innenfor rammen av reglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt.

Rundskrivet er utarbeidet i nært samarbeid med relevante instanser, herunder Samarbeidsforumet for barnevern og psykisk helse. Målet med forumet er å styrke samarbeidet mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester, og består av representanter både fra kommune, fylkesmann, Bufetat, psykisk helsevern, kompetansesenter og brukerorganisasjoner. Vi takker alle som har bidratt med gode innspill!

Rundskrivet er aktuelt for alle som arbeider med barn og unge som har behov for barneverntjenester og psykiske helsetjenester. Vi håper rundskrivet vil bidra til å styrke samarbeidet mellom tjenestene slik at barn og unge får de tjenestene de har behov for.



Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet
Mari Trommald
direktør



Helsedirektoratet
Bjørn Guldvog
direktør

INNHold

SAMARBEID MELLOM BARNEVERTJENESTER OG PSYKISKE HELSETJENESTER TIL BARNETS BESTE

| | |
|--|-----------|
| 1. Innledning | 7 |
| 2. Ansvar og oppgaver | 8 |
| 2.1. Barneverntjenestenes ansvar og oppgaver..... | 8 |
| 2.2. Psykiske helsetjenesters ansvar og oppgaver..... | 9 |
| 3. Tjenestenes plikt til å samarbeide | 11 |
| 3.1. Innledning..... | 11 |
| 3.2. Barneverntjenestenes plikt til å samarbeide..... | 11 |
| 3.3. Psykisk helsetjenesters plikt til å samarbeide..... | 12 |
| 3.4. Samarbeid i praksis – samarbeidsavtaler, struktur mv..... | 12 |
| 4. Taushetsplikt og adgang til informasjonsutveksling | 14 |
| 4.1. Innledning..... | 14 |
| 4.2. Informasjon fra barneverntjenesten til helsetjenesten..... | 14 |
| 4.3. Informasjon fra helsetjenesten til barneverntjenesten..... | 15 |
| 5. Helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten | 17 |
| 5.1. Innledning..... | 17 |
| 5.2. Nærmere om opplysningsplikten..... | 17 |
| 5.3. Innholdet i bekymringsmeldingen..... | 18 |
| 5.4. Barneverntjenestens vurdering av bekymringsmeldingen..... | 19 |
| 5.5. Bekymring for barn som pårørende..... | 19 |
| 6. Rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten | 20 |
| 6.1. Innledning..... | 20 |
| 6.2. Rett til øyeblikkelig helsehjelp..... | 20 |
| 6.3. Henvisning til spesialisthelsetjenesten..... | 21 |
| 6.4. Innholdet i henvisningen..... | 21 |
| 6.5. Vurdering av henvisningen - rett til nødvendig helsehjelp..... | 21 |
| 7. Samtykke til helsehjelp | 23 |
| 7.1. Innledning..... | 23 |
| 7.2. 16 års grense for eget samtykke..... | 23 |
| 7.3. Begrenset samtykkerett før 16 år..... | 23 |
| 7.4. Foreldresamtykke..... | 23 |
| 7.5. Barneverntjenestens samtykkerett..... | 24 |
| 7.6. Barn og unge over 12 år kan klage til kontrollkommisjonen..... | 24 |
| 7.7. Barn og unges rett til medbestemmelse når andre bestemmer..... | 24 |
| 7.8. Situasjoner hvor det ikke gis samtykke..... | 24 |

INNHold

SAMARBEID MELLOM BARNEVERNTJENESTER OG PSYKISKE HELSETJENESTER TIL BARNETS BESTE

| | |
|---|-----------|
| 8. Særlig om samarbeid ved behov for døgnopphold | 26 |
| 8.1. Innledning..... | 26 |
| 8.2. Samarbeid når barn og unge er plassert i døgnbasert tiltak etter barnevernloven..... | 26 |
| 8.2.1 I fosterhjem..... | 26 |
| 8.2.2 I barneverninstitusjon..... | 27 |
| 8.3. Samarbeid når barn mottar behandling i døgninstitusjon i psykisk helsevern..... | 28 |
| 8.3.1 Barn som ikke har tiltak etter barnevernloven..... | 28 |
| 8.3.2 Barn som har tiltak etter barnevernloven..... | 28 |
| 8.4. Døgnopphold i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven..... | 29 |
| 8.4.1 Generelt..... | 29 |
| 8.4.2 Frivillig plassering utenfor hjemmet..... | 29 |
| 8.4.3 Akutt plassering av barn uten omsorg..... | 29 |
| 8.4.4 Akutt plassering av barn ved fare for vesentlig skade..... | 30 |
| 8.4.5 Plassering ved omsorgsovertagelse etter vedtak fra fylkesnemnda..... | 31 |
| 8.4.6 Atferdsplassering etter vedtak fra fylkesnemnda..... | 31 |
| 8.5. Gjennomføring av oppholdet..... | 32 |
| 8.6. Særlig om samvær med foreldre under oppholdet..... | 32 |



1 INNLEDNING

God omsorg og psykisk helse er viktig for alle barn og unge.

Etter FNs barnekonvensjon skal barn og unge beskyttes mot alle former for fysisk og psykisk vold, overgrep og generell omsorgssvikt, og myndighetene skal iverksette nødvendige tiltak for å forebygge, avdekke og følge opp slike forhold. Alle barn og unge har etter konvensjonen rett til et godt helsetilbud, også for psykisk helse. Barnets beste er et grunnleggende prinsipp som gjelder for alle beslutninger og handlinger som berører det enkelte barn. Barns rett til liv og utvikling, samt rett til å bli hørt og medvirke, er også grunnleggende prinsipper. Det vises til konvensjonen artikkel 19, 20, 24 jf. artikkel 3, 6 og 12.¹ FNs barnekonvensjon er gjort til norsk lov gjennom menneskerettighetsloven.

Barnevernets oppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid.

Helse- og omsorgstjenesten har ansvar for å yte den helsehjelp som er nødvendig, og skal ha en spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser, som barn og unge med tiltak fra barnevernet.

Vi vet at barn og unge som har behov for barneverntiltak har økt risiko for å utvikle emosjonelle eller atferdsmessige problemer. Forskning viser at barn som mottar hjelp fra barnevernet har høyere forekomst av psykiske vansker enn barn og unge ellers i befolkningen.² Når det gjelder barn og unge som bor i institusjon viser en undersøkelse at en stor andel har en eller flere psykiske lidelser.³

Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester er viktig for at barn og unge med behov for flere tjenester skal få et helhetlig tjenestetilbud.

Dette gjelder samarbeid både med kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten. For å ivareta barn og unge som både har behov for barneverntiltak og helsehjelp for psykiske vansker og samtidige rusproblemer, er det avgjørende at tjenestene samarbeider med utgangspunkt i barnets behov. Rus- og psykisk helseproblematikk må ses i sammenheng.

Tjenestene har ulike ansvarsområder og oppgaver. I praksis har det vist seg at det kan være utfordrende å enes om hvilke tjenester barnet/ungdommen har behov for, og hvem som har ansvar for å tilby tjenestene. Særlig gjelder dette barn og unge som har behov for døgnbaserte tjenester. Mange steder samarbeides det bra for å gi barn og unge et helhetlig tilbud, men det er fortsatt utfordringer og behov for en innsats på området.⁴

Formålet med rundskrivet er å bidra til å videreutvikle et godt og fleksibelt samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester slik at barn, unge og deres familier får de tjenestene de har behov for.

Rundskrivet tar sikte på å avklare tjenestenes ansvar og oppgaver, plikt til å samarbeide og hvilke rettslige rammer som gjelder for samarbeid mellom tjenestene.

Med begrepet barneverntjenester menes tjenester som ytes både på kommunalt og statlig nivå.

Med begrepet psykiske helsetjenester menes både kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern.

1. Se bl.a. *Generell kommentar nr. 15 (2013) om barns rett til å nyte godt av den høyest oppnåelige helsestandard*, FNs komite for barns rettigheter og Helse på barns premisser, Barneombudets fagrapport 2013 kapittel 5 om Barnekonvensjonens forpliktelser
 2. *Prop. 106 L (2012-2013) pkt. 5.3.4, jf. bl.a. Fauske m.fl. (2009): Barnevernet på ny kurs? NF-rapport 8/2009*
 3. *Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner - NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, Psykisk helse og barnevern, 23. mars 2015*
 4. *Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt, RKBU Nord 2014*

2 ANSVAR OG OPPGAVER

2.1. Barneverntjenestenes ansvar og oppgaver

Barnevernets ansvar og oppgaver følger av barnevernloven med tilhørende forskrifter.

Barnevernets oppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Hjelpen skal bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår.⁵

Barnevernet er delt mellom statlig og kommunalt nivå. Kommunene har ansvar for å utføre oppgaver som etter barnevernloven ikke er lagt til et statlig organ.⁶ Ansvaret til barneverntjenesten i kommunen omfatter blant annet:

- foreta undersøkelser/utredninger/kartlegginger av barnet og barnets situasjon
- gi råd og veiledning, treffe vedtak om frivillige hjelpetiltak og midlertidige akuttvedtak
- forberede tvangssaker for behandling i Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (fylkesnemnda)
- iverksette og følge opp barn i tiltak, også når de er plassert utenfor hjemmet

Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), skal bistå den kommunale barneverntjenesten med plassering av barn utenfor hjemmet. Bufetat har også ansvar for at det til enhver tid finnes et tilgjengelig og tilstrekkelig differensiert fosterhjems- og institusjonstilbud.⁷ I Oslo kommune ivaretas dette ansvaret av kommunen selv.⁸

Tjenester og tiltak som iverksettes etter barnevernloven skal være forsvarlige, jf. barnevernloven § 1-4. Forsvarlighetskravet omfatter både det statlige og det kommunale barnevernet.

Barnets rett til å bli hørt og medvirke i egen sak er et sentralt prinsipp som har stor betydning i barnevernets saksbehandling, jf. barnevernloven § 4-1 andre ledd og forskrift om medvirkning og tillitsperson.⁹ Retten til medvirkning skal ivaretas i alle faser av barnevernets saksbehandling og oppfølging. Barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og gis mulighet til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter. Barnet skal bli lyttet til og barnets synspunkter skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet. Videre skal det legges vekt på å finne tiltak som er til det beste for barnet, og som gir barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen, jf. barnevernloven § 4-1 første ledd.

Frivillige hjelpetiltak er det hyppigest brukte tiltaket i barnevernet, og har som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien. Grunnvilkåret for å sette inn hjelpetiltak er at barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har et særlig behov for hjelp, jf. barnevernloven § 4-4 andre ledd.

At et barn sliter med psykiske vansker er ikke i seg selv tilstrekkelig grunnlag for å iverksette tiltak, men psykiske vansker kan være et uttrykk for at barnet lever i en utfordrende omsorgssituasjon. Det finnes en rekke ulike typer hjelpetiltak og det er svært viktig å finne riktig hjelp og tiltak til den konkrete familiens utfordringer.

Dersom barnet er utsatt for mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, og hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig for å ivareta barnets behov, skal barneverntjenesten reise sak for fylkesnemnda om å overta omsorgen for barnet, jf. barnevernloven § 4-12 bokstav a) til d).

Dersom det oppstår akutte situasjoner der barneverntjenesten ikke kan vente på behandling i fylkesnemnda kan barnevernadministrasjonens leder

5. Barnevernloven § 1-1

6. Barnevernloven § 2-1 første ledd

7. Barnevernloven §§ 2-3 andre ledd, 5-1 og 5-8

8. Ansvarsfordelingen mellom stat og kommune på barnevernområdet skal prøves ut gjennom forsøk i flere kommuner. Noen kommuner vil i forsøksperioden bli gitt et økt ansvar for oppgaver og tiltak.

9. FOR-2014-06-01-697 om medvirkning og tillitsperson

eller påtalemyndigheten treffe midlertidig vedtak om å plassere barnet utenfor hjemmet, jf. barnevernloven § 4-6 andre ledd.

Fylkesnemnda kan treffe vedtak om medisinsk undersøkelse og behandling dersom foreldrene ikke sørger for at barnet får nødvendig medisinsk undersøkelse og behandling, jf. barnevernloven § 4-10. Bestemmelsen blir lite brukt i praksis, men kan være aktuell for å sikre nødvendig psykisk helsehjelp uten å overta omsorgen for barnet. Vilkåret for å treffe vedtak etter § 4-10 er at barnet har en livstruende eller annen alvorlig sykdom eller skade. Begrepet «alvorlig sykdom» inkluderer også alvorlige psykiske lidelser så fremt lidelsen er avhengig av behandling i psykisk helsevern.

Ungdom som har vist alvorlige atferdsvansker ved alvorlig eller gjentatt kriminalitet, vedvarende rusmisbruk eller på annen måte, kan plasseres i en behandlings- eller opplæringsinstitusjon, jf. barnevernloven §§ 4-24 og 4-26. Med «på annen måte» menes en annen form for utpreget normløs atferd enn kriminalitet og rusmisbruk. Alternativet fanger også opp atferdsproblemer som er mer sammensatte, og hvor psykiske vansker kan være en del av bildet. Plassering kan skje uten samtykke etter vedtak fra fylkesnemnda eller på grunnlag av samtykke fra foreldrene og ungdommen selv.

Når det er truffet vedtak om omsorgsovertagelse kan barn plasseres utenfor hjemmet i fosterhjem eller i institusjon.¹⁰ Det følger av forarbeidene¹¹ til både barnevernloven og psykisk helsevernloven at ungdom med alvorlige atferdsvansker også kan plasseres i institusjoner under helselovgivningen, jf. barnevernloven § 4-27, jf. §§ 4-24 og 4-26. Denne muligheten er imidlertid lite brukt i praksis, men kan være aktuell for å sikre nødvendig psykisk helsehjelp. Det vises til omtale i kapittel 8.4.

2.2. Psykiske helsetjenesters ansvar og oppgaver

Psykiske helsetjenesters ansvar og oppgaver følger av helse- og omsorgslovgivningen. Barn og unge har rett til øyeblikkelig hjelp og nødvendig psykisk helsehjelp både fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Rett til nødvendig helsehjelp mv. er regulert i pasient- og brukerettighetsloven, mens tjenestenes plikt til å sørge for forsvarlige tjenester er regulert i helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven. Helsepersonells yrkesutøvelse er regulert i helsepersonelloven, med bl.a. krav til forsvarlighet, taushetsplikt, opplysningsrett/plikt og dokumentasjonsplikt. Psykisk helsevernloven har regler om tvungent psykisk helsevern for barn og unge over 16 år.

Det er et krav om at den helsehjelp som gis skal være forsvarlig, både på systemnivå og av det enkelte helsepersonell.¹² Dette gjelder også for helsepersonell som yter helsehjelp innenfor rammen av et barnevernstiltak.

Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen

Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester fremgår av helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 3. Kommunen har et overordnet ansvar for å sørge for at personer som oppholder seg i kommunen, tilbys nødvendige helse- og omsorgstjenester. Psykisk helsetjeneste for barn og unge er ikke en spesifikk enhet i kommunen, og tilbudet er ulikt organisert i kommuner. Psykiske helsetjenester ytes av flere, og sentrale aktører er fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, psykisk helsearbeidere og pedagogisk psykologisk tjeneste (PPT) m.fl. Flere kommuner har ansatt psykologer som del av tjenestetilbudet.¹³

Helsestasjons- og skolehelsetjenesten er en lovpålagt helsetjeneste som skal ivareta det helhetlige forebyggende og helsefremmende arbeidet rettet mot barn og unge i aldersgruppen 0-20 år. Tjenesten skal gi barn og unge et stabilt og lett tilgjengelig lavterskeltilbud, slik at de får tidlig hjelp eller blir henvist til riktig behandlingsinstans.

Noen kommuner har valgt å organisere tilbudet til barn og unge i en egen enhet/tjeneste for psykisk helsearbeid, og mange har etablert integrerte kommunale tjenester for barn og unge, ofte i form av samarbeidsmodeller som «familiens hus» eller «familiesenter». Familiens hus er en samhandlingsmodell som skal legge til rette for at barn, unge og deres familier skal møte et lett tilgjengelig og helhetlig tilbud.

Når barn har svært alvorlige funksjonsnedsettelse, herunder psykiske vansker og lidelser, kan det

10. Barnevernloven § 4-14

11. Ot. prp. nr. 44 (1991-92) s. 63 og Ot. prp. nr. 11 (1998-1999) s 62

12. Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1, Spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og Helsepersonelloven § 4

13. Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen, Helsedirektoratet, IS-1405/2007

være behov for et bo- og omsorgstiltak utenfor foreldrehjemmet. Kommunen har da plikt til å yte heldøgns helse- og omsorgstjenester i institusjon i medhold av reglene i helse- og omsorgstjenesteloven.¹⁴ Dersom barnet skal bo fast utenfor foreldrehjemmet gis et slikt tilbud i en barnebolig. Gjelder det avlastningstiltak i en bolig som kommunen regelmessig benytter til slikt formål, kalles dette en avlastningsbolig.

Spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge

De regionale helseforetakene skal sørge for at personer med fast bopel eller oppholdssted innen helseregionen tilbys spesialisthelsetjeneste i og utenfor institusjon.

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) dekker primært alderen 0 – 18 år, men hvor påbegynt behandling før 18 år kan videreføres til 23 år. Hovedvekten ligger på poliklinisk aktivitet (BUP)¹⁵, men også ambulans behandling, samt dag- og døgnbehandling, er en del av tilbudet.

Generelt beskrevet foregår arbeidet i PHBU tverrfaglig i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv. Psykiske lidelser må avgrenses mot normale utviklingsvansker, normal omsorgsproblematikk og normale livskriser/”livslidelser”. Utredning og behandling må ofte ses som habiliterende, med fokus på tilrettelegging for barnet/ungdommen i familie, barnehage, skole og fritid. Det legges vekt på en god dialog med foreldre, og det er ofte nødvendig å samarbeide med andre tjenester for barn og unge i kommunen, som pedagogisk-psykologisk tjeneste, helse- og omsorgstjenesten, helsestasjoner, fastleger og barneverntjenesten. Når barn og unge bor utenfor hjemmet i fosterhjem eller i institusjon må det også legges til rette for god dialog med fosterforeldre og personell i barneverninstitusjonen.

Ved behov for spesialisthelsetjeneste for barn og unge med samtidige psykiske- og rusmiddelproblemer, skal dette i hovedsak ivaretas av psykisk helsevern for barn og unge. Noen steder finnes også egne polikliniske ungdomsteam som har et særlig fokus på unge med psykiske vansker og rusmiddelproblemer. Det vil i disse tilfellene ofte være behov for et strukturert samarbeid mellom BUP og tverrfaglig spesialisert

rusbehandling (TSB), for å ivareta kompetanse i forhold til rusmiddelproblemene.

Barn og unges pasientrettigheter

Pasient- og brukerrettighetsloven er en generell lov som gjelder for alle pasienter og all helsetjeneste, og omfatter også psykiske helse- og omsorgstjenester for barn og unge. Barn og unge med tiltak fra barnevernet har de samme rettighetene som andre barn og unge.

Rett til nødvendig helsehjelp fra kommunens helse- og omsorgstjeneste fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, mens rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, herunder psykiske helsevern, fremgår av pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1 b og prioriteringsforskriften.¹⁶

Flere rettigheter i lovens kapittel 2 skal sikre nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten til rett tid; rett til øyeblikkelig hjelp, rett til vurdering, rett til nødvendig helsehjelp, rett til individuell behandlingsfrist, rett til oppfyllelse ved fristbrudd, rett til fornyet vurdering og rett til fritt sykehusvalg, som også gjelder barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Det er i tillegg gitt særskilte fristregler for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet i prioriteringsforskriften § 4a. Henvisninger skal vurderes innen 10 virkedager fra mottak, og fristen for oppfyllelse av rett til nødvendig helsehjelp skal ikke overstige 65 virkedager fra den dagen pasientens rett til helsehjelp ble vurdert. 65 dager er en maksimumsfrist. Spesialisthelsetjenesten skal vurdere pasientens tilstand konkret og individuelt, og faglig forsvarlighet kan tilsi at helsehjelpen må gis tidligere enn etter 65 dager.

Det vises til rundskrivets kapittel 6 for nærmere omtale retten til nødvendig helsehjelp mv. fra spesialisthelsetjenesten.

14. Helse- og omsorgstjenesteloven § 3-2 første ledd nr. 6 bokstav c), jf. FOR-2011-12-16-1254 om helse- og omsorgsinstitusjon § 1 første ledd bokstav a)

15. Veileder for poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge, Helsedirektoratet IS-1570 2008.

16. FOR-2000-12-01-1208 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

3 TJENESTENES PLIKT TIL Å SAMARBEIDE

3.1. Innledning

Barnevernet skal sikre at barn og unge får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, mens helse- og omsorgstjenestene har ansvar for å yte den helsehjelp som er nødvendig. Barn som har psykiske vansker og lidelser vil kunne ha behov for barneverntjenester, på samme måte som barn med behov for tjenester og tiltak fra barnevernet vil kunne ha behov for psykiske helsetjenester.

Både barneverntjenestene og helsetjenestene har en lovbestemt plikt til å samarbeide med andre tjenester, herunder med hverandre, ut fra barnets behov.

Tjenestenes plikt til å samarbeide gjelder på generelt nivå og på individnivå. Plikten skal utøves innenfor de rammer som følger av regler om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt samt regler om samtykke.

Tjenestenes plikt til å samarbeide følger av flere lovbestemmelser. Noen bestemmelser pålegger tjenestene en klar plikt til å samarbeide, andre bestemmelser gir barn og unge rettigheter som forutsetter samarbeid, som for eksempel rett til individuell plan hjemlet i helselovgivningen.

Plikten til å samarbeide innebærer både en plikt til å bistå slik at barn får dekket behov for tjenester, og en plikt til å etablere og gjennomføre samarbeid.

3.2. Barneverntjenestens plikt til å samarbeide

Barneverntjenesten i kommunen skal medvirke til at barns interesser ivaretas også av andre offentlige organer. Videre skal barneverntjenesten samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når samarbeidet kan bidra til å løse oppgaver som er pålagt etter barnevernloven, jf.

barnevernloven § 3-2. Bestemmelsen hjemler en plikt til samarbeid både på generelt nivå og på individnivå.¹⁷

Det er presisert i forarbeidene¹⁸ til barnevernloven § 3-2 at medvirknings- og samarbeidsplikten for barneverntjenesten innebærer at de skal forsøke å få vedkommende sektor til å gjøre det som er nødvendig, men det er ikke meningen at barneverntjenesten selv skal overta noe av det ansvar som hviler på andre sektorer. Barneverntjenesten skal ved dette ikke selv levere for eksempel helsetjenester, men plikter å medvirke og samarbeide med helsetjenesten slik at barn og unge får nødvendig helsehjelp. På samme måte er det i helselovgivningen forutsatt at barneverntjenester i utgangspunktet faller utenfor helsehjelpsbegrepet.¹⁹

Barnevernloven § 3-2 a hjemler den kommunale barneverntjenestens plikt til å utarbeide individuell plan for barn med behov for langvarige og koordinerte tiltak eller tjenester, dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet. Det sentrale formålet med en individuell plan er at planen skal koordinere tiltak med hjelpeinstanser med ansvar etter andre lover, og at barneverntjenesten samarbeider om planen med andre instanser barnet mottar tiltak fra.

Utarbeidelse av individuell plan forutsetter at foreldrene eller barnet samtykker til dette. Det er barnets foreldre, eller andre med foreldreansvar,²⁰ som skal samtykke når barnet er under 15 år. Barn over 15 år, eller som av andre grunner er part i saken, kan etter barnevernloven selv samtykke til individuell plan, jf. barnevernloven § 6-3. Når barnet har fylt 15 år er samtykke fra barnet nødvendig, og som hovedregel også tilstrekkelig grunnlag for å kunne utarbeide individuell plan. Dette gjelder med mindre planen inneholder tiltak som også retter seg mot foreldrene. I slike tilfeller må også foreldrene samtykke til planen.²¹

17. Ot. prp. nr. 44 (1991-92) merknader til § 3-2

18. Ot. prp. nr. 44 (1991-92) pkt. 3.2

19. Helsepersonelloven med kommentarer s 14, Helsedirektoratet, IS-8/2012

20. Barneleova kapittel 5 og vergemålsloven § 17 andre ledd

21. Ot. prp. nr. 69 (2008-2009) pkt. 6.4

For barn og unge som det blir vurdert å plassere i en institusjon etter annen lov, skal Bufetat sørge for at det blir etablert et samarbeid mellom barneverntjenesten og disse institusjonene, jf. barnevernloven § 5-6.

Barneverninstitusjoner plikter ut fra omsorgsansvaret å sørge for at barnet får tilgang til nødvendig helsehjelp. Institusjonen skal ha rutiner som ivaretar barnets rett til medisinsk tilsyn og behandling. Rutine skal være tilpasset institusjonens målgruppe.²² Barn og unge som blir akutt plassert i institusjon skal tilses av lege før inntak, snarest mulig etter inntak eller senest i løpet av inntaksdøgnet.²³ I faglig veileder for akuttarbeid i institusjoner og beredskapshjem²⁴ er det satt kvalitetsmål for akuttarbeidet, herunder samarbeid for å sikre barnet nødvendig helsehjelp.

Samarbeid når barn og unge er plassert i døgniltak etter barnevernloven er nærmere omtalt i kapittel 8.

3.3. Psykisk helsetjenesters plikt til å samarbeide

For psykisk helsetjeneste er det gitt pliktbestemmelser om samarbeid med andre tjenester i helselovgivningen.

Det vises til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-4 som presiserer kommunens plikt til å samarbeide med andre tjenester og sektorer der det er nødvendig. For spesialisthelsetjenesten er det gitt en tilsvarende plikt til å samarbeide i spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e første ledd. Samarbeidsplikten for både kommunen og spesialisthelsetjenesten omfatter også barnevernet der det er aktuelt og nødvendig.

Barn og unge med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester har rett til å få utarbeidet en individuell plan, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5. Kommunen og helseforetaket skal også samarbeide med andre tjenesteytere om planen for å bidra til et helhetlig tilbud til den enkelte.²⁵ Dersom barn og unge har behov for tilbud både etter helse- og omsorgstjenesteloven og spesialisthelsetjenesteloven eller psykisk helsevernloven, er det kommunen som skal sørge for at det blir utarbeidet en individuell plan og koordinere planarbeidet, jf. helse- og

omsorgstjenesteloven § 7-1. Individuell plan skal ikke utarbeides uten at det foreligger nødvendig samtykke.²⁶

3.4. Samarbeid i praksis – samarbeidsavtaler, struktur mv

Lovgivningen pålegger en samarbeidsplikt, men angir ikke nærmere hvordan samarbeidet mellom barneverntjenester og helse- og omsorgstjenester skal skje.

De regionale helseforetak (RHF) og Bufetats regioner har gjennom flere år hatt et samarbeid på området barnevern-psykisk helse, både på regionalt og lokalt nivå, og dette er dels formalisert gjennom avtaler og faste strukturer for møter mv. Samarbeidet gjelder også barn og unge i barneverninstitusjoner.²⁷

Selv om det er noen forskjeller i hvordan samarbeidet er organisert, er det etablert strukturer og rutiner for samarbeid i alle regioner. Samarbeidet er formalisert ved regionale samarbeidsavtaler. Også ulike lokale samarbeidsavtaler er etablert eller planlegges etablert. Det er flere gode eksempler på tett og forpliktende samarbeid, som det er viktig at det utveksles erfaringer om.

Direktoratene anbefaler at samarbeidsavtaler og strukturer for samarbeid i regionene videreutvikles, og understøtter lokale samarbeidsavtaler.

Det anbefales at det legges til rette for lokale samarbeidsavtaler mellom kommunal barneverntjeneste og psykiske helsetjenester, og tilsvarende for lokale samarbeidsavtaler mellom de enkelte barnevernstiltak (institusjoner) og psykiske helsetjenester.

For å ivareta et godt samarbeid bør arbeidet være forankret i ledelsen på alle nivåer med ansvar for rutiner. Det bør også arbeides med å utveksle kunnskap om hverandres tjenester og legges til rette for kompetanseutvikling.

22. FOR-2011-11-15-1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon § 8 første ledd, og FOR-2008-06-10-580 om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner av 10. juni 2008 § 7

23. FOR-2011-11-15-1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon § 8 andre ledd

24. Akuttarbeidet i institusjoner og beredskapshjem - Faglig veileder (Bufdir 2014)

25. Jf. Helse- og omsorgstjenesteloven § 7-1, spesialisthelsetjenesteloven § 2-5 og psykisk helsevernloven § 4-1

26. Jf. FOR-2011-12-16-1256 om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator § 17

27. RHFene og Bufetats regioner fikk i 2015 et særlig oppdrag om samarbeid slik at barn i barnevernsinstitusjon får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet



4 TAUSHETSPLIKT OG ADGANG TIL INFORMASJONSUTVEKSLING

4.1. Innledning

Regler om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt vil utgjøre rammer og premisser for informasjonsutveksling i samarbeidet mellom tjenestene.

En forutsetning for samarbeid mellom tjenester er muligheten for å utveksle informasjon og opplysninger. En sentral del av samarbeidet mellom tjenestene vil derfor være å avklare hvordan samarbeidet generelt og i enkeltsaker kan innrettes, og hvilken mulighet tjenestene har til å utveksle opplysninger, innenfor rammene av reglene om taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt.

Det har i ulike sammenhenger vært et spørsmål om taushetspliktreglene er til hinder for et ønsket samarbeid mellom tjenester. En undersøkelse²⁸ så nærmere på dette spørsmålet og et hovedfunn var at taushetspliktreglene ikke opplevdes som et hinder for samarbeid mellom tjenester i praksis. Tvert imot uttrykker informantene i undersøkelsen at gjeldende regler, særlig regler om unntak fra taushetsplikten, er tilstrekkelige for å sikre nødvendig informasjonsutveksling mellom ulike tjenester og etater. Undersøkelsen fant imidlertid at kunnskapen om regelverket var mangelfull.

I det følgende omtales taushetsplikten og de regler som gjelder for tjenestenes adgang til å utveksle informasjon, mens helsepersonells opplysningsplikt til barneverntjenesten omtales i kapittel 5.

4.2. Informasjon fra barneverntjenesten til helsetjenesten

Alle som utfører tjeneste eller arbeid i barnevernet har en forvaltningsmessig taushetsplikt i henhold til barnevernloven § 6-7, jf. forvaltningsloven §§13 – 13 e, som er noe strengere enn den alminnelige forvaltningsmessige taushetsplikten.²⁹

Taushetsplikten gjelder alle personopplysninger, også opplysninger om fødested, personnummer, statsborgerforhold, sivilstand, yrke, bopel og arbeidssted, jf. barnevernloven § 6-7 andre ledd. Taushetsplikten er begrunnet i hensynet til personlig integritet og personvern og hensynet til tillitsforholdet mellom den enkelte og barnevernet.

En viss viderefremming av personopplysninger er likevel nødvendig for at barnevernet skal få tilgang til opplysninger som er nødvendige for å utføre sine oppgaver og for å kunne samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer slik at barn og unge får et best mulig helhetlig tilbud. Etter barnevernloven § 6-7 tredje ledd kan det gis opplysninger til andre offentlige forvaltningsorganer når dette er nødvendig for å fremme barneverntjenestens og institusjonens oppgaver eller for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade for noens helse. Barneverntjenesten og institusjonen må foreta en konkret vurdering om formidling av opplysninger er nødvendig for å fremme sine oppgaver overfor barnet eller for å forebygge fare for liv eller alvorlig skade på noens helse. Det betyr at det kan gis opplysninger til psykisk helsetjeneste og andre tjenester når dette er nødvendig for å gi barnet hjelp til rett tid.

Selv om det kan gis opplysninger til helsetjenesten når det er nødvendig for å sikre at barnet får nødvendig helsehjelp, bør som utgangspunkt kommunikasjon/dialog mellom barneverntjenesten og helsetjenesten i størst mulig grad bygge på samtykke fra foreldrene og/eller barnet. Selv om det ikke er rettslig nødvendig med samtykke, vil det ofte være et godt utgangspunkt for å etablere et åpent og tillitsfullt samarbeid mellom tjenestene og familien/barnet. Det er ingen formkrav til samtykket, men det bør være skriftlig.

²⁸. NOVA rapport nr. 3/13 Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt. Regelkunnskap og praksis.

²⁹. Se nærmere omtale av barnevernets taushetsplikt og opplysningsrett og opplysningsplikten til barnevernet i Rundskriv Q-24, mars 2005

4.3. Informasjon fra helsetjenesten til barneverntjenesten

Helsepersonell både i kommunen og spesialisthelsetjenesten har en profesjonsbestemt taushetsplikt knyttet til yrkesutøvelsen, og omfatter pasientopplysninger, jf. helsepersonelloven § 21.³⁰

Helsepersonells profesjonsbestemte taushetsplikt er strengere enn barnevernets forvaltningsmessige taushetsplikt, og skal ivareta hensynet til pasienters tillit til helsetjenesten og helsepersonell. Taushetsplikten skal hindre at hjelpetrengende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helsehjelp av frykt for uønsket spredning av opplysninger. Taushetsplikten skal videre bidra til at pasienter gir fra seg opplysninger om seg selv og sin helsetilstand som er nødvendig for at helsepersonellet blir i stand til å yte forsvarlig helsehjelp.

Taushetsplikten er ikke til hinder for at det etableres et *generelt samarbeid* mellom psykisk helsetjenester og barneverntjenester, og at saker drøftes anonymisert. Det er i den forbindelse viktig at helsepersonellet / helsetjenesten sørger for tilstrekkelig anonymisering av sakene slik at enkeltpersoner ikke gjenkjennes eller identifiseres.

Formidling av pasientopplysninger i *enkelt saker* krever at det foreligger et unntak fra taushetsplikten for helsepersonellet.

Som hovedregel må det gis *samtykke* for utveksling av opplysninger fra den opplysningene gjelder, jf. helsepersonelloven § 22. Er pasienten over 16 år skal hun eller han som utgangspunkt samtykke selv. Foreldrene eller andre med foreldreansvar³¹ skal som utgangspunkt samtykke til at helsepersonell kan utlevere opplysninger om pasient under 16 år.

Informasjon kan ikke utveksles mellom helsepersonell og personell i barnevernet med grunnlag i helsepersonelloven § 25 som gjelder opplysninger mellom samarbeidende personell om helsehjelp. Selv om samarbeid med barnevernet kan være nødvendig fra en helsefaglig synsvinkel, vil ikke personell i barneverntjenestene anses som «samarbeidende personell» etter bestemmelsen.³²

Uavhengig av taushetsplikt har helsepersonell en *opplysningsplikt* til barneverntjenesten i henhold til helsepersonelloven § 33. Helsepersonell plikter å være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten sin side, og ved mistanke om mishandling, andre former for alvorlig omsorgssvikt eller når barnet har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker er det enkelte helsepersonell pålagt en opplysningsplikt både av eget tiltak og etter pålegg fra barneverntjenesten. Opplysningsplikten er nærmere behandlet i rundskrivets kapittel 5.

Når barneverntjenesten i kommunen krever utlevert opplysninger i henhold til helsepersonelloven § 33 tredje ledd og barnevernloven § 6-4 andre og tredje ledd må de konkretisere og spesifisere hvilke opplysninger de ønsker. Det er barneverntjenesten som definerer hva slags opplysninger de har behov for i den konkrete sak. Helsepersonell vil på bakgrunn av utleveringskravet vurdere om kravet er oppfylt og hva slags opplysninger som skal gis.

Unntaksvis kan helsepersonell ha en *opplysningsrett* når tungtveiende private eller offentligrettslige interesser gjør det rettmessig å gi opplysningene videre, jf. helsepersonelloven § 23 nr. 4. Uttrykket «tungtveiende private eller offentlige interesser» tilsier at det skal mye til før taushetsplikten kan settes til side på dette grunnlaget. Hensynene og interessene som taler for å sette taushetsplikten til side, må veie vesentlig tyngre enn hensynene som taler for å bevare taushet. Videreformidling av informasjon må være begrunnet i å hindre skade eller fare av et visst omfang, og vil i utgangspunktet gjelde ved fare for liv eller helse. Hensynet til et effektivt samarbeid vil i seg selv ikke være avgjørende, med mindre et slikt samarbeid er nødvendig for å ivareta slike tungtveiende hensyn.³³ Bestemmelsen antas å ha liten selvstendig betydning som grunnlag for å gi informasjon til barneverntjenesten, på grunn av opplysningsplikten til barneverntjenesten i helsepersonelloven § 33.

30. Se nærmere omtale av reglene om helsepersonells taushetsplikt mv i Rundskriv IS-8/2012 om Helsepersonelloven med kommentarer s. 56 flg.

31. *Barnelova* (Lov 8. april 1981 nr.7 om barn og foreldre) kapittel 5 og *vergemålsloven* (Lov om vergemål 5. april 2013 nr. 12) § 17 andre ledd

32. Helsepersonelloven med kommentarer, IS-8/2012, Helsedirektoratet s. 68

33. *NOVA rapport nr. 3/13 Taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt*, s 78 flg.



5 HELSEPERSONELLS OPPLYSNINGSPLIKT TIL BARNEVERNTJENESTEN

5.1. Innledning

Som det fremgår av punkt 4.3. er hovedregelen at helsepersonell har taushetsplikt om personlige forhold som de får vite om i egenskap av å være helsepersonell, jf. helsepersonelloven § 21.

Taushetsplikten er ikke absolutt, og helsepersonell er i visse situasjoner pålagt en plikt til å gi nærmere bestemt informasjon videre for å ivareta hensyn som av lovgiver er ansett mer tungtveiende enn de hensyn som begrunner taushetsplikten.

I situasjoner hvor barn og unge mottar helsehjelp fra psykiske helsetjenester, enten fra kommunale tjenester, poliklinikk eller døgnavdeling, kan det fremkomme opplysninger eller gjøres vurderinger fra helsepersonell knyttet til barnets omsorgs- eller livssituasjon som gjør det nødvendig å bringe inn barneverntjenesten i kommunen. Tiltak fra barneverntjenesten kan også være nødvendig for å yte forsvarlig helsehjelp når rammene rundt barnet er mangelfulle.

Rapporter har vist at helsepersonell kan ha for høy terskel for å melde³⁴, og det har også fremkommet opplysninger om at dette bl.a. skyldes erfaringer om at det ikke nytter å melde fra til barnevernstjenesten fordi meldinger ikke følges opp.

Barnevernet er gitt et særlig ansvar for å sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse- og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. For å kunne ivareta denne oppgaven, er kommunal barneverntjeneste avhengig av at andre som er bekymret for barnets omsorgs- eller livssituasjon, melder fra om det.

Barnevernet er avhengig av andres tillit for å kunne ivareta sine oppgaver. Siden mange barn med tiltak fra barnevernet også har behov for helsetjenester, er det spesielt viktig at det er et godt tillitsforhold mellom helse- og omsorgstjenesten og barnevernet, og at helsepersonell melder bekymring.

Viktigheten av å overholde opplysningsplikten til barneverntjenesten er fremhevet i et felles brev av 17. desember 2014 fra statsrådene i Barne- og likestillingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Kunnskapsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet.³⁵

5.2. Nærmere om opplysningsplikten

Opplysningsplikt til kommunal barneverntjeneste skal bidra til at barneverntjenesten får opplysninger om barn som er i en vanskelig omsorgs- og livssituasjon slik at de, sammen med andre opplysninger, kan gjøre en vurdering av behov for tiltak etter barnevernloven. Hensynet bak bestemmelsen tilsier at det ikke skal mye til før opplysningsplikt inntreffer.³⁶

Etter helsepersonelloven § 33 andre ledd har helsepersonell plikt til å melde til barnevernstjenesten av eget tiltak ”når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt”. Den gjelder også når et barn har vist vedvarende og alvorlige atferdsvansker.

Bestemmelsen viser til barnevernloven §§ 4-10, 4-11, 4-12 og 4-24, og opplysningsplikten er knyttet opp til kriteriene i den enkelte av disse bestemmelsene. Barnevernloven § 4-10 gjelder situasjonen der foreldre/foresatte ikke sørger for nødvendig helsehjelp til barnet ved en livstruende eller alvorlig sykdom eller skade.

34. Bl.a. rapport fra [Helsetilsynet 2/2014](#) Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet

35. [Felles brev av 17. desember 2014](#) om opplysningsplikten til barnevernet

36. [Rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer s. 84, Helsedir IS -8/2012](#). Meldeplikten er også særlig omtalt i [Rundskriv IS-17/2006](#), [Helsedir](#)

Paragraf 4-11 gjelder situasjonen der foreldre ikke sørger for at et funksjonshemmet eller spesielt hjelpetrengende barn får nødvendig behandling og opplæring. Paragraf 4-12 gjelder situasjoner der vilkårene for omsorgsovertakelse er til stede fordi det foreligger alvorlige mangler ved den daglige omsorg, mishandling eller overgrep mv. Paragraf § 4-24 gjelder situasjoner der barnet har vist vedvarende og alvorlige adferdsvansker.

Opplysningsplikten til barneverntjenesten omfatter også når det er grunn til å tro at det er fare for utnyttelse av et barn til menneskehandel, jf. barnevernloven § 4-29.³⁷

Det er ved mistanke om alvorligere tilfeller av omsorgssvikt at helsepersonell får en opplysningsplikt. At barn ikke lever under optimale forhold, utløser ikke opplysningsplikten. Lovens uttrykk «grunn til å tro» innebærer at det ikke stilles krav til sikker kunnskap om det faktisk foreligger en slik alvorlig situasjon for barnet, men det må foreligge visse holdepunkter for det. Det skal overlates til barneverntjenesten å vurdere om barnets situasjon er alvorlig. Opplysninger om vold i hjemmet som berører barn enten direkte eller som vitne til vold, vil for eksempel omfattes av opplysningsplikten. Det vil ikke være brudd på taushetsplikten selv om det i ettertid viser seg at situasjonen ikke var så alvorlig som det var grunn til å tro.

Plikten retter seg mot det enkelte helsepersonell som yter helsehjelp og innehar relevante, faktiske opplysninger til å vurdere om vilkårene er oppfylt. Opplysningsplikten er et selvstendig og personlig ansvar. Dette innebærer at vurderingen av om melding skal sendes til barneverntjenesten, ikke kan overlates til andre kollegaer eller overprøves av en overordnet. At plikten til å gi opplysninger påhviler den enkelte er likevel ikke til hinder for at det etableres gode rutiner for at opplysninger formidles fra en overordnet.

Foreligger opplysningsplikt er helsepersonell pålagt å varsle, og kan ikke av hensyn til pasientforholdet eller av andre grunner, velge at opplysningene ikke skal gis. Plikten til å gi opplysninger faller ikke bort om helsepersonell på egenhånd forsøker å avhjelpe situasjonen.

Tilsynserfaringer³⁸ viser at Statens helsetilsyn har en høy terskel for å gi administrativ reaksjon for brudd på taushetsplikten som følge av at helsepersonell har sendt melding til barnevernet med mistanke om at barn er utsatt for omsorgssvikt eller overgrep. Det er ikke gitt noen slik reaksjon de siste ti årene. Derimot er det gitt administrativ reaksjon (advarsel) til helsepersonell for brudd på opplysningsplikten.³⁹

5.3. Innholdet i bekymringsmeldingen

Det er ingen formelle krav til hvordan meldingen skal utformes, men med unntak av akutte situasjoner bør den utformes skriftlig. Opplysningsplikten er ikke oppfylt ved anonym melding. Offentlig ansatt melder kan ikke være anonym. Bakgrunnen for dette er at kommunal barneverntjeneste skal ha mulighet til å vurdere innholdet i meldingen og kan ha behov for å innhente ytterligere opplysninger.

Meldingen må inneholde personopplysninger om barnet og foreldrene. Navn på melder, virksomhetens navn og opplysninger om telefonnummer og hvem barneverntjenesten kan henvende seg til for å innhente ytterligere opplysning må fremgå.

Helsetjenesten bør beskrive sin bekymring for barnet mest mulig konkret. De bør gi en beskrivelse av de observasjoner og utredning som er gjort, hvor lenge de har hatt barnet i behandling og hvilke forhold ved barnet og/eller foreldrene som gir grunn til bekymring. Det bør også vises til samtaler med barnet, familien eller andre som har ført til bekymringen.

I tillegg bør meldingen inneholde informasjon om hva helsetjenesten selv har foretatt seg for å hjelpe barnet. Det er imidlertid viktig å være oppmerksom på at det er barneverntjenesten som skal iverksette eventuelle tiltak for å avverge skade, ikke helsepersonellet. Det er videre slik at helsepersonellet selv ikke trenger å foreta ytterligere undersøkelser av om omsorgssvikten faktisk har funnet sted, det er tilstrekkelig at helsepersonellet videreformidler sin mistanke. Videre oppfølging av saken skjer hos barneverntjenesten.

37. Presiseringen om at fare for menneskehandel også omfattes av opplysningsplikten fremgår ikke direkte av [helsepersonelloven](#) § 33, men følger av [barnevernloven](#) § 6-4 andre og tredje ledd etter lovendring av 22. juni 2012 nr. 34

38. [Rapport fra Helsetilsynet 2/2014 Helsepersonells opplysningsplikt til barnevernet](#)

39. [Sak 11/35 Statens helsepersonellnemnd, vedtak 29.09.2011](#)

5.4. Barneverntjenestens vurdering av bekymringsmeldingen

Når barneverntjenesten i kommunen mottar en bekymringsmelding fra helsetjenesten, skal de snarest og senest innen en uke vurdere om meldingen skal følges opp med undersøkelser eller om saken skal henlegges, jf. barnevernloven § 4-2.

Dersom bekymringsmeldingen gir rimelig grunn til å anta at det foreligger forhold som kan gi grunnlag for tiltak etter barnevernloven skal barneverntjenesten snarest og innen tre måneder undersøke barnets omsorgssituasjon, jf. barnevernloven § 4-3, jf. § 6-9.

Det skal generelt sett mye til å henlegge en bekymringsmelding fra helsetjenesten uten å ha undersøkt barnets omsorgs- og livssituasjon først. Særlig gjelder dette meldinger fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP), da personell der forutsettes å ha kunnskap og kompetanse i å vurdere samspillet mellom barn og foreldre, og å vurdere om barnets atferd skyldes omsorgssvikt eller ikke. Det samme gjelder for barn som mottar et mer spesialisert dag- eller døgntilbud i spesialisthelsetjenesten. Også helsestasjonen og skolehelsetjenesten, som følger opp alle barn og ungdom, får i sitt arbeid et godt innblikk i barns omsorgssituasjon, og har grunnlag for kvalifiserte bekymringer.

For å undersøke barnets omsorgssituasjon nærmere bør barneverntjenesten ta kontakt med melder i helsetjenesten når de mottar bekymringsmeldingen. Ofte vil helsetjenesten ha mer informasjon om barnets omsorgssituasjon enn det som fremkommer av bekymringsmeldingen som det er viktig at barneverntjenesten får kjennskap til. Hensikten skal først og fremst være å innhente opplysninger om barnets situasjon, men det er også viktig for det videre samarbeidet at barneverntjenesten tidlig tar kontakt med helsetjenesten for å avklare videre hjelp og oppfølging av barnet, og samarbeid i det videre.

Helsetjenesten skal få en tilbakemelding fra barneverntjenesten senest innen tre uker etter at de har mottatt bekymringsmeldingen, jf. barnevernloven § 6-7a. I tilbakemeldingen skal barneverntjenesten opplyse om det er åpnet undersøkelsessak. Når undersøkelsessaken

er gjennomført skal helsetjenesten få en ny melding om hvorvidt saken er henlagt eller om barnevernet følger opp saken videre.

Barneverntjenesten har som utgangspunkt ikke plikt til å opplyse om hvilke tiltak som er iverksatt. Når det er nødvendig for helsetjenestens videre oppfølging av barnet, kan likevel barneverntjenesten opplyse om hvilke tiltak som har eller skal bli iverksatt. Det bør avklares mellom tjenestene om dette er nødvendig, og det er viktig at det er opprettet dialog mellom tjenestene, slik at barneverntjenesten vet hvorvidt det er viktig for helsetjenesten å kjenne til deres tiltak. Når et barn har behov for tiltak fra begge tjenestene, vil en slik tilbakemelding også være viktig for at tjenestene i samarbeid kan finne frem til et helhetlig tjenestetilbud til barnet.

5.5. Bekymring for barn som pårørende

Helsepersonelloven § 10a regulerer helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Bestemmelsen må ses i sammenheng med spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a som pålegger helseinstitusjoner å ha barneansvarlig personell med nødvendig kompetanse til å fremme og koordinere oppfølgingen av barn som pårørende.

Helsepersonell skal bidra til å dekke det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade, kan ha som følge av forelderens tilstand. Formålet med bestemmelsene er å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen når en forelder blir alvorlig syk. Videre er formålet å forebygge problemer hos barn og foreldre.⁴⁰ Tiltak for å mestre situasjonen og forebygge problemer kan for eksempel være å tilby foreldreveiledning som ledd i behandlingen.

⁴⁰ Rundskriv Når mor/far er syk, Helsedirektoratet, IS-5/2010. Finnes også informasjon tilpasset barn. Se også Rundskriv Helsepersonelloven med kommentarer, Helsedirektoratet, IS-8/2012 for nærmere omtale av reglene

6 RETT TIL NØDVENDIG HELSEHJELP FRA SPESIALISTHELSETJENESTEN

6.1. Innledning

Barn og unge som mottar tiltak fra barnevernet kan ha behov for helsehjelp fra spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge. Barneverntjenesten har et ansvar for å sørge for at barnet blir henvist og får helsehjelp, mens det er spesialisthelsetjenesten som har ansvar for å yte helsehjelpen.

For barn som bor sammen med foreldrene og mottar hjelpetiltak fra barnevernet, har barneverntjenesten i kommunen et ansvar for å ta initiativ til at barnet får psykiske helsetjenester. Henvisning til helsehjelp og gjennomføring av utredning/behandling forutsetter at det foreligger et samtykke enten fra barnet selv eller foreldrene i henhold til reglene i helselovgivningen. Det er derfor viktig at barneverntjenesten har kunnskap om regler om samtykke til helsehjelp, se omtale i kapittel 7.

Ved omsorgsovertakelse går ansvaret for barnet over på den kommunale barneverntjenesten, og barneverntjenesten overtar da foreldrenes rett til å samtykke til helsehjelp på vegne av barnet. Det er fosterforeldre eller den institusjonen der barnet bor som utøver den daglige omsorgen for barnet på vegne av barneverntjenesten, jf. barnevernloven § 4-18. Det er imidlertid barneverntjenesten som har det overordnede ansvaret for at barnet får nødvendig helsehjelp, jf. barnevernloven §§ 4-16 og 4-18.

6.2. Rett til øyeblikkelig helsehjelp

Barn og unge har rett til øyeblikkelig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b første ledd og spesialisthelsetjenesteloven § 3-1.

Spesialisthelsetjenesten har plikt til å yte helsehjelp når hjelpen er påtrengende nødvendig. Vurderingen

av hva som er påtrengende nødvendig må avgjøres ut fra forsvarlig medisinsk skjønn i hvert enkelt tilfelle. Helseforetakene har døgnbaserte tilbud for å ivareta barn og unge i akutte situasjoner.

For psykisk helsevern er øyeblikkelig hjelp-plikten nærmere utdypet i forskrift 16. desember 2011 nr. 1258 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern m.m. § 1. I bestemmelsens andre ledd a)-d) angis nærmere hvilke tilstander som kan gi grunnlag for øyeblikkelig hjelp. Psykiske tilstander som krever øyeblikkelig hjelp for barn og unge kan falle inn under alle alternativer fra a)-c), men barn og unge omtales spesielt i bokstav d). Det fremgår her at plikten til å yte øyeblikkelig hjelp blant annet omfatter ”situasjoner hos barn og ungdom som omsorgspersonene ikke kan mestre, og der hjelp fra det psykiske helsevernet er påtrengende nødvendig”.

Dette innebærer at barnets eller den unges behov for øyeblikkelig hjelp også må ses i sammenheng med familiesituasjonen og de totale omsorgsmulighetene. Det vil likevel være nødvendig å skille mellom kriser på grunn av omsorgsproblemer eller skjermingsbehov, og psykiatrisk behandlingsbehov. I mange tilfeller må barn og unge tas hånd om av barneverntjenesten for å dekke omsorgs- og behandlingsbehovet. Det avgjørende for om øyeblikkelig hjelp-plikten inntreffer etter denne bestemmelsen er at det foreligger en tilstand hos barnet/ungdommen som gjør det absolutt påkrevet med hjelp fra det psykiske helsevernet.⁴¹

Det er spesialisthelsetjenesten som avgjør om det foreligger en øyeblikkelig hjelp-plikt, slik at barnet eller ungdommen må mottas straks ved utpekt ansvarlig institusjon.

41. Rundskriv til psykisk helsevernlov og forskrift s. 111, Helsedirektoratet, IS-9/2012

6.3. Henvisning til spesialisthelsetjenesten

Hvor det ikke foreligger en øyeblikkelig hjelp situasjon kreves det en henvisning til spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge for å få vurdert om det foreligger behov for spesialisert psykisk helsehjelp.

Det er ikke regulert i lov og forskrift hvilke grupper helsepersonell og andre som kan henvide til spesialisthelsetjenesten. Det vanlige er at leger henviser, men også andre kan i noen situasjoner være henviser.

Når det gjelder henvisninger til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) kan barnevernleder i kommunal barneverntjeneste henvide til BUP. Dette fremgår forutsetningsvis av poliklinikkforskriften⁴², som stiller krav om at pasienten må være henvist fra nærmere bestemt personell for at spesialisthelsetjenesten skal få refusjon for helsehjelpen.

Når barnevernleder henviser anbefales det at henvisningen samordnes med andre aktuelle instanser, som fastlegen, slik at de nødvendige og relevante opplysninger fremgår.

Gjelder henvisningen behov for psykisk helsehjelp, sendes henvisningen til BUP som vurderer inntak til helsehjelp, herunder foretar rettighetsvurdering og fristfastsettelse, se punkt 6.5.

6.4. Innholdet i henvisningen

Det er viktig at henvisningen inneholder de opplysninger som er nødvendige for at BUP skal kunne vurdere behovet for helsehjelp og hvilken helsehjelp som er aktuell.

En grundig utfylt henvisning i samråd med foreldre, barneverntjenesten og/eller den unge selv vil bidra til en konstruktiv og målrettet vurdering og behandling ut fra

en felles forståelse av hensikten med henvisningen. Det er viktig at andre relevante utredninger (eksempelvis fra PPT, fastlege, helsestasjon, skolehelsetjenesten, psykisk helsearbeid i kommunen) er foretatt så langt som mulig, og at aktuelle tiltak på kommunalt nivå er iverksatt.

Henvisningen bør inneholde en beskrivelse av barnets tilstand og situasjon, utvikling, familie og annet nettverk, tidligere hjelpetiltak, henviserens vurdering og behovet for utredning/behandling i poliklinikken.

Det anbefales at henvisninger utarbeides i henhold til Helsedirektoratets veileder for henvisninger til spesialisthelsetjenesten. Den vil også gjelde for henvisninger til BUP. Det vil i denne bli gitt konkrete anbefalinger til innholdet i henvisningen.⁴³

6.5. Vurdering av henvisningen - rett til nødvendig helsehjelp

Det er gitt flere rettigheter i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2 med formål å sikre nødvendig helsehjelp i rett tid, og som også gjelder for barn og unge.⁴⁴

Når det er sendt en henvisning til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP), har barn og unge under 23 år rett til vurdering innen 10 virkedager. Vurderingen skjer på grunnlag av henvisningen.⁴⁵ Ved mistanke om alvorlig eller livstruende sykdom, har pasienten rett til raskere vurdering, så henvisninger blir derfor vurdert løpende ved BUP.

BUP vurderer om barnet har rett til nødvendig helsehjelp i henhold til pasient -og brukerrettighetsloven § 2-1b og prioriteringsforskriften.⁴⁶ Som beslutningsstøtte til BUP for å sikre ensartet og riktig prioritering er det utgitt en prioriteringsveileder for psykisk helsevern for barn og unge.⁴⁷

42. FOR-2007-12-19-1761 om godtgjørelse av utgifter til helsehjelp som utføres poliklinisk ved statlige helseinstitusjoner og ved helseinstitusjoner som mottar driftstilskudd fra regionale helseforetak kapittel 4 merknad P20 og P22

43. Henvisningsveilederen vil finnes på www.helsedir.no fra høsten 2015. Den vil erstatte «BUP-skjema».

44. Rettighetene er styrket ved endringslov av 21.06.2013, nr. 79, med planlagt ikrafttredelse 01.11.2015

45. Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2 første ledd andre punktum (etter lovendring)

46. FOR-2015-04-10-339 om prioritering av helsetjenester, rett til nødvendig helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten, rett til behandling i utlandet og om klagenemnd (prioriteringsforskriften)

47. Prioriteringsveileder psykisk helsevern for barn og unge, Helsedirektoratet, IS-1581 2009. Revidert veileder utgis etter planen samtidig med at lovendringene trer i kraft 01.11.2015

Særlige grupper er ikke spesielt prioritert, heller ikke barn med tiltak fra barnevernet. Det skal foretas en individuell vurdering av behov for psykisk helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten.

I prioriteringsveilederen påpekes imidlertid at tiltak fra barnevernet kan få betydning da en sårbar omsorgssituasjon som påvirker barnets psykiske helsetilstand negativt vil styrke vilkåret om alvorlighet i rettighetsvurderingen. Videre fremheves at spesialisthelsetjenesten sammen med førstelinjen bør ha spesiell oppmerksomhet overfor sårbare grupper som har økt risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser. Som eksempel vises det her til barn med tiltak fra barnevernet.

Barn med tiltak fra barnevernet kan være i en uavklart eller midlertidig omsorgssituasjon. Dette er ikke i seg selv avgjørende for spørsmålet om barnet skal gis rett til nødvendig helsehjelp fra BUP, det er den psykiske tilstanden og behovet for helsehjelp som er relevant. Derimot vil barnets rammebetingelser og eventuelle midlertidige plassering få betydning for hvordan helsehjelpen forsvarlig kan innrettes. Dette er det naturlig å samarbeide med barneverntjenesten om.

Om det gis rett til nødvendig helsehjelp skal det i vurderingsperioden fastsettes en individuell behandlingsfrist for når helsehjelpen senest skal gis. For barn og unge under 23 år innenfor psykisk helsevern kan fristen maksimalt settes til 65 virkedager, jf. prioriteringsforskriften § 4a. Fristen regnes fra den dato det er vurdert at pasienten har rett til nødvendig helsehjelp.

Det skal gis en underretning til pasienten og henviser om det er gitt rett til nødvendig helsehjelp og innen hvilken frist pasienten senest skal få helsehjelpen. Det

skal også opplyses om klageadgang, klagefrist og den nærmere fremgangsmåten ved å klage, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-2.⁴⁸

Dersom fristen brytes har pasienten rett til oppfyllelse av nødvendig helsehjelp uten opphold, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1b. HELFO pasientformidling skal bistå ved fristbrudd.⁴⁹

Det er helsetjenesten som tar stilling til hvilken helsehjelp som er nødvendig, herunder omfang og nivå, for eksempel om barnet er i behov av døgntilbud i det psykiske helsevernet. Det avgjørende vil være pasientens behov ut fra en helsefaglig vurdering. Normalt vil det i første omgang bli gitt et tilbud innenfor en poliklinisk ramme ved BUP. Dette vil i de fleste tilfeller også være nødvendig for å avklare om det foreligger behov for døgnopphold.

I tilfeller hvor BUP vurderer at det er behov for døgnbasert tilbud i det psykiske helsevernet sendes en henvisning fra BUP til aktuell døgninstitusjon. Det grunnleggende forsvarlighetskravet i helsepersonelloven § 4 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 styrer prioriteringen av pasienter som er i et forløp. Om barnevernleder er henviser skal henvisning sendes BUP, og ikke direkte til enheter som tilbyr døgnbasert utredning og behandling.

Dersom det vurderes at barnet/ungdommen ikke har fått rett til nødvendig helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 2, kan klage rettes til Fylkesmannen i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 7. Det skal gis informasjon om klageretten.⁵⁰

48. Etter lovendring LOV-2013-06-21-79 med planlagt i ikrafttredelse 01.11.2015 skal det samtidig også informeres om tidspunkt for når utredning eller behandling skal settes i gang, om mulig en dato og klokkeslett.

49. Etter lovendring LOV-2013-06-21-79 med planlagt i ikrafttredelse 01.11.2015 skal spesialisthelsetjenesten umiddelbart kontakte HELFO om fristbrudd, jf. § 2-2 andre ledd. Nærmere informasjon om rettigheter ved fristbrudd finnes på helsenorge.no

50. Nærmere informasjon om klageordninger finnes på helsenorge.no

7 SAMTYKKE TIL HELSEHJELP

7.1. Innledning

Den klare hovedregelen innenfor helselovgivningingen er at det kreves samtykke fra pasienten selv for å yte helsehjelp. Det fremgår av psykisk helsevernloven § 2-1 første ledd at psykisk helsevern som hovedregel ytes på bakgrunn av samtykke, og det henvises til pasient- og brukerrettighetslovens regler om samtykke i lovens kapittel 4. Det stilles her krav til både informasjon og form for at samtykket skal være gyldig. Videre er det en forutsetning at vedkommende har samtykkekompetanse, jf. lovens § 4-3.

Da barn har begrenset kompetanse til å samtykke selv på grunn av alder, kan det oppstå spørsmål om hvem som kan bestemme hva i forholdet mellom barnets egen selvbestemmelsesrett og andres rett til å bestemme; foreldre, barneverntjenesten og helsepersonell. Selv om barnet på grunn av alder ikke selv har samtykkerett til helsehjelp, vil barnet uansett ha rett til å bli hørt og medvirke i beslutningsprosessen.

7.2. 16 års grense for eget samtykke

For å ha kompetanse til å ta beslutninger selv i helsemessige spørsmål er det som hovedregel satt en aldersgrense på 16 år, omtalt som den ”helserettslige myndighetsalder”.

7.3. Begrenset samtykkerett før 16 år

Helt unntaksvis kan barn og unge under 16 år ha en selvstendig samtykkerett til helsehjelp, og kan tilbakeholde informasjon fra foreldrene. Denne regelen følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 andre ledd, sammenholdt med § 4-3 første ledd bokstav b). Helsetjenesten må foreta en konkret helsetsvurdering hvor det må vurderes om det fra barnets side fremsettes

grunner som bør respekteres, og om vedkommende er i stand til å ivareta egne interesser på en fornuftig måte, sett i forhold til det aktuelle tiltaket, veid opp mot foreldreansvaret. Det vil særlig være aktuelt å vurdere barnets eget samtykke som rettsgrunnlag for å yte nødvendig psykisk helsehjelp hvor det foreligger motstrid mellom barnets og foreldres interesser, og det er tvil om foreldreansvaret ivaretas til barnets beste.

Det er i forarbeidene til psykisk helsevernloven⁵¹ lagt til grunn at barn og unge etter omstendighetene kan samtykke selv til psykisk helsevern før fylte 16 år. Det vises som eksempel til situasjoner hvor et barn selv ønsker samtaleterapi, og en av eller begge foreldrene er en del av en alvorlig konfliktsituasjon og derfor ikke ønsker å samtykke. I BUP veilederen⁵² er det lagt til grunn at en samtykkerett før 16 år antagelig bare vil være aktuelt for barn og unge som ligger nær opp til aldersgrensen på 16 år.

En del forhold faller utenfor hva som kan omfattes av barn og unges samtykkerett før 16 år. Det vil være tilstander med mer alvorlige psykiske lidelser, fare for selvskading og redusert utvikling, omgang med ulovlige rusmidler, opplysninger om selvmordsfare og innleggelse i døgnavdeling, samt opplysninger om hvor ungdommen befinner seg. Informasjon som er nødvendig for å oppfylle foreldreansvaret, skal gis foreldre helt frem til pasienten er 18 år, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 tredje ledd, og vil omfatte de mer alvorlige situasjoner som nevnt.

7.4. Foreldresamtykke

For barn og unge under 16 år har foreldrene eller andre med foreldreansvaret⁵³ som hovedregel rett til å samtykke til helsehjelp på deres vegne, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

51. Ot.prp.nr 65 (2005-2006)

52. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, Helsedirektoratet IS-1570 2008

53. Barnelova kapittel 5 og vergemålsloven § 17 andre ledd

Foreldrene har også rett til å samtykke til helsehjelp for ungdom mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5.

Som et utgangspunkt må begge foreldre med foreldreansvar samtykke til helsehjelp, selv om de ikke bor sammen. For å sikre barnet helsehjelp hvor foreldre er uenige eller av andre grunner ikke vil samtykke, er det gitt unntak fra kravet om at begge må samtykke i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 andre ledd. Det er da tilstrekkelig med samtykke fra en av foreldrene med foreldreansvar når kvalifisert helsepersonell mener at helsehjelpen er nødvendig for at barnet ikke skal ta skade.⁵⁴

7.5. Barneverntjenestens samtykkerett

Dersom kommunal barneverntjeneste har overtatt omsorgen for barn under 16 år etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, § 4-8 eller § 4-12, har barneverntjenesten rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd. Dette gjelder også samtykkerett til psykiske helsetjenester.

Dersom barneverntjenesten har overtatt omsorgen etter barnevernloven § 4-8 eller § 4-12 for barn mellom 16 og 18 år som ikke har samtykkekompetanse, har barneverntjenesten også rett til å samtykke til helsehjelp, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-5 andre ledd.

7.6. Barn og unge over 12 år kan klage til kontrollkommisjonen

Utgangspunktet er at samtykke fra foreldre eller barneverntjenesten er tilstrekkelig for å etablere psykisk helsevern, men i de tilfeller barn mellom 12 og 15 er uenig i innleggelse kan de klage til Kontrollkommisjonen. Klageretten gjelder kun ved innleggelse i institusjon eller døgntilbud, og gjelder ikke de situasjoner hvor barnet vegrer seg mot poliklinisk behandling ved BUP.

7.7. Barn og unges rett til medbestemmelse når andre bestemmer

Mindreårige er i henhold til de alminnelige regler i barneloven §§ 30 flg. gitt en økende grad av beslutningsmyndighet i personlige spørsmål, herunder spørsmål knyttet til undersøkelser av egen helsetilstand og behandlingstilbud.

I tråd med bestemmelsene i barneloven modifiseres foreldrenes eller barneverntjenestens samtykkerett av barnets rett til medbestemmelse, jfr. pasient- og brukerrettighetsloven 4-4, fjerde ledd. Etter hvert som barnet utvikles og modnes, skal barnets foreldre, andre med foreldreansvaret⁵⁵ eller barneverntjenesten høre hva barnet har å si før samtykke gis. Når barnet er fylt 12 år, skal det få si sin mening i alle spørsmål som angår egen helse. Det skal legges økende vekt på hva barnet mener ut fra alder og modenhet. Selv om det ikke er et særlig krav i bestemmelsen at barn under 12 år skal høres må det legges til grunn at også yngre barn skal høres.⁵⁶

Retten til medbestemmelse innebærer at barnets syn på saken gradvis må få stor betydning, og forutsetter at vedkommende gis reell innflytelse. I forarbeidene til pasient- og brukerrettighetsloven⁵⁷ fremgår at det for pasienter mellom 12 og 16 år derfor kan sies å foreligge en delt samtykkekompetanse. Er det uenighet mellom foreldre/barneverntjenesten og barnet er det likevel foreldrene/barneverntjenesten som bestemmer.

7.8. Situasjoner hvor det ikke gis samtykke

I situasjoner hvor barn og unge ikke kan samtykke selv og det heller ikke foreligger et foreldresamtykke eller samtykkerett for barneverntjenesten, foreligger i utgangspunktet ikke rettsgrunnlag etter helselovgivningen for å yte helsehjelp.

Manglende samtykke fra foreldrene kan være tilfelle hvor begge foreldre velger å respektere barnets vegring, eller har liten tiltro til den behandlingen som tilbys. Tilliten til behandler kan også av ulike grunner ha blitt svekket, for eksempel på grunn av pågående barnevernssak.

⁵⁴ For nærmere omtale av unntaket vises det til Helsedirektoratets rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven, IS- 8/2015

⁵⁵ Barnelova kapittel 5 og vergemålsloven § 17 andre ledd

⁵⁶ Se Helsedirektoratets rundskriv IS 8/2015 om pasient- og brukerrettighetsloven s. 45, som viser til barneloven § 31, Barnekonvensjonen art 12 og Grunnloven § 104

⁵⁷ Ot.prp.nr.12 (1998-1999), pkt. 6.7.3.1

Tvangsreglene i psykisk helsevernloven kapittel 3 får først anvendelse fra fylte 16 år, og det er et hovedvilkår om «alvorlig sinnslidelse». Psykisk helsevernloven har ingen tvangsbestemmelser for barn under 16 år. Dersom foreldre ikke samtykker til nødvendig undersøkelse og behandling, og det er tvil om foreldreansvaret utøves til barnets beste, kan det være aktuelt for helsetjenesten å vurdere om det foreligger opplysningsplikt til barneverntjenesten, for å sikre nødvendig helsehjelp, se kapittel 5.

Barneverntjenesten kan kjenne til familien fra før, og opplysninger fra helsetjenesten om at foreldre ikke vil samtykke til nødvendig psykisk helsehjelp kan være nye, relevante opplysninger i deres behandling av saken og vurdering av tiltak.

Det vises til at bestemmelser i barnevernloven kan gi grunnlag for å etablere psykisk helsevern for barn under 16 år, etter vedtak fra fylkesnemnda, bl.a. §§ 4-10 og 4-12. Et vedtak fra fylkesnemnda etter barnevernloven vil være et tilstrekkelig grunnlag for å etablere psykisk helsevern uavhengig av foreldresamtykke.⁵⁸

58. Forarbeidene til barnevernloven, *Ot.prp. nr. 44 (1992-93)* s. 63 og til psykiske helsevernloven, *Ot.prp. nr. 11 (1998-99)* s. 62



8 SÆRLIG OM SAMARBEID VED BEHOV FOR DØGNOPPHOLD

8.1. Innledning

Formålet med en døgnplassering etter barnevernloven vil være å sikre god omsorg for barnet, og noen døgnplasseringer vil kunne ha et lengre tidsperspektiv, jf. barnevernloven § 4-12. Formål med døgnplassering kan også være utredning og behandling med et noe kortere tidsperspektiv, som oftest ett år eller mindre. Dette vil gjelde for barn og unge som har utviklet alvorlige atferdsvansker, jf. barnevernloven §§ 4-24 og 4-26.

I spesialisthelsetjenestens psykiske helsevern for barn og unge er det sjeldent at et døgntilbud har et så langt tidsperspektiv som ved plasseringer etter barnevernloven. Formålet med et døgnopphold i det psykiske helsevernet vil være spesialisert utredning og behandling i forhold til psykisk helse, og dermed mere avgrenset. Etter at slik døgnbasert utredning og behandling er gjennomført skal barnet utskrives og vil trenge en omsorgsbasis, uavhengig av om dette er hos foreldre eller et plasseringssted under barnevernets ansvar i form av fosterhjem eller barneverninstitusjon.

Selv om formålet med døgnopphold i det psykiske helsevernet er spesialisert utredning og behandling i forhold til psykisk helse, vil man likefullt ha ansvar for å ivareta og utøve den daglige omsorgen for barnet i den perioden døgnoppholdet varer. Det vil si å sikre at barnet får nødvendig stimulering, trygghet, pleie og stell under oppholdet, uavhengig av døgnoppholdets varighet.

Psykisk helsevern kan under et pågående utrednings- eller behandlingsløp vurdere at et barns omsorgssituasjon- eller atferd er så alvorlig at barneverntjenesten anbefales å vurdere behov for et døgnbasert tilbud etter barnevernloven. Barneverntjenesten på sin side kan vurdere at barnet er i behov for et døgnbasert tilbud i det psykiske helsevernet. I slike situasjoner er det nødvendig at de to tjenestene samarbeider om å identifisere hjelpebehov og gjennomføring av nødvendige tiltak. Som regel

vil det være behov for tiltak både fra barnevern og psykisk helsevern. I samarbeidet må også mulighet for ambulante løsninger avklares, fremfor en innleggelse i institusjon.

Under dette samarbeidet kan det også vurderes om det er aktuelt å benytte sektorovergripende døgnplasseringer, dvs. plassering i døgninstitusjon i det psykiske helsevern med grunnlag i barnevernloven. Det vises til nærmere omtale under pkt. 8.4.

8.2. Samarbeid når barn og unge er plassert i døgnbasert tiltak etter barnevernloven

De ulike plasseringsgrunnlag for døgnbaserte tiltak i fosterhjem eller institusjon etter barnevernloven er:

- frivillige plassering etter § 4-4 fjerde ledd,
- akutt-plassering etter § 4-6 første og andre ledd, § 4-25 andre ledd og § 4-29 fjerde ledd,
- plassering ved omsorgsovertakelse etter § 4-12,
- atferdsplassering etter §§ 4-24 og 4-26 og
- plassering av barn som er utsatt for menneskehandel etter § 4-29 andre ledd.

8.2.1 I fosterhjem

For barn som er plassert i fosterhjem vil fosterforeldre ha den daglige omsorgen for barnet på vegne av foreldrene eller kommunal barneverntjeneste.

Fosterforeldrenes ansvar omfatter ivaretagelse av barnets helsemessige behov, herunder å oppsøke hjelp fra psykisk helsetjeneste når det er nødvendig. Fosterforeldrenes plikt til å sikre nødvendig helsehjelp når barnet er plassert i beredskapshjem er nærmere omtalt i faglig veileder for akuttarbeid i institusjon og beredskapshjem.⁵⁹

Fosterforeldre må i denne forbindelse ha en løpende dialog med den kommunale barneverntjenesten når det

59. Akuttarbeidet i institusjoner og beredskapshjem – Faglig veileder, Bufdir 2014 side 11

gjelder helsemessige spørsmål for barnet. Dette både for å avgjøre om barnet skal henvises til helsehjelp og hvordan dette nærmere skal gjennomføres, herunder må det avklares hvem som har rett til å samtykke til helsehjelpen. I denne dialogen mellom fosterforeldre og barneverntjenesten kan også spørsmålet om behov for døgnbasert hjelp i det psykiske helsevernet oppstå.

Når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp og henvisning til spesialisthelsetjenesten vises det til kapittel 6, og når det gjelder regler om samtykke til helsehjelp vises det til kapittel 7.

For barn og unge under 16 år i fosterhjem vil det være plasseringsgrunnlaget etter barnevernloven som avgjør hvem som har samtykkerett på vegne av barnet; enten foreldrene eller andre med foreldreansvar⁶⁰ eller barneverntjenesten:

- Ved plassering etter barnevernloven § 4-4 fjerde ledd, § 4-6 første ledd, § 4-24 og § 4-26 skal foreldrene eller andre med foreldreansvar samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd.
- Ved plassering etter barnevernloven § 4-8, § 4-12 og § 4-6 andre ledd skal barneverntjenesten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd.

Fra 16 år er det som hovedregel barnet selv som skal samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd, bokstav b).

Hvor barneverntjenesten har samtykkerett vil også barneverntjenesten ha rett til informasjon fra helsetjenesten i henhold til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4 fjerde ledd.

8.2.2 I barneverninstitusjon

For barn som er plassert i barneverninstitusjon vil institusjonen ha den daglige omsorgen for barnet på vegne av foreldrene eller kommunal barneverntjeneste.

Alle barneverninstitusjoner skal ha skriftlige rutiner som ivaretar barnets rett til nødvendig medisinsk tilsyn og behandling. Rutinene skal være tilpasset

institusjonens målgruppe. Barn og unge som blir akutt plassert skal tilses av lege før inntak, snarest mulig etter inntak eller senest i løpet av inntaksdøgnet.⁶¹ Institusjonens plikt til å sikre nødvendig helsehjelp når barn og unge er akutt plassert i institusjon er nærmere omtalt i faglig veileder for akuttarbeid i institusjoner og beredskapshjem.⁶²

Institusjonen må også ha en løpende dialog med kommunal barneverntjeneste når det gjelder helsemessige spørsmål for barnet. Dette både for å avgjøre om barnet skal henvises til helsehjelp og hvordan dette nærmere skal gjennomføres, og for å avklare hvem som har rett til å samtykke til helsehjelpen. I denne dialogen mellom institusjonen og barneverntjenesten kan også spørsmålet om behov for døgnbasert hjelp i det psykiske helsevernet oppstå.

Når det gjelder rett til øyeblikkelig hjelp og henvisning til spesialisthelsetjenesten vises det til kapittel 6, og når det gjelder regler om samtykke til helsehjelp vises det til kapittel 7.

For barn og unge under 16 år i institusjon vil det, på samme måte som for plassering i fosterhjem, være plasseringsgrunnlaget etter barnevernloven som avgjør hvem som har samtykkerett:

- Ved plassering etter barnevernloven § 4-4 fjerde ledd, § 4-6 første ledd, § 4-24 og § 4-26 skal foreldrene eller andre med foreldreansvar⁶³ samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 første ledd.
- Ved plassering etter barnevernloven § 4-8 andre ledd, § 4-12 og § 4-6 andre ledd skal barneverntjenesten samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 tredje ledd.

Fra 16 år skal barn og unge selv samtykke, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 første ledd, bokstav b).

Det anbefales at barneverninstitusjonen og den lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikk (BUP) etablerer lokale samarbeidsavtaler og andre strukturer for samarbeid for å avklare nærmere hvorledes samarbeid rundt oppfølging av psykisk helse for de

60. *Barnelova* kapittel 5 og *vergemålsloven* § 17 andre ledd

61. *FOR-2011-11-15-1103 om rettigheter og bruk av tvang under opphold i barneverninstitusjon* § 8, og *FOR-2008-06-10-580 om krav til kvalitet og internkontroll i barneverninstitusjoner* § 7

62. *Akuttarbeidet i institusjoner og beredskapshjem – Faglig veileder*, Bufdir 2014 side 11

63. *Barnelova* kapittel 5 og *vergemålsloven* § 17 andre ledd

barna som bor i institusjonen skal ivaretas.⁶⁴

I enkeltsaker vil det være naturlig at personalet ved institusjonen inngår i det løpende samarbeidet rundt eventuell utredning og behandling ved BUP.

Dersom det er behov vil også BUP kunne gi veiledning til personalet i barneverninstitusjonen med hensyn til ivaretagelsen av barnets psykiske helse. Dette på samme måte som når foreldre/fosterforeldre mottar veiledning fra BUP når barnet bor hjemme/i fosterhjem.

Enslige mindreårige asylsøkere som oppholder seg i omsorgssenter har ikke foreldre eller andre med foreldreansvar i landet, jf. barnevernloven § 5A-1. Fylkesmannen skal oppnevne en representant for den mindreårige straks fylkesmannen er blitt kjent med at den mindreårige søker asyl og befinner seg i landet uten foreldre eller andre med foreldreansvar. Tilsvarende gjelder for enslige mindreårige som antas å være utsatt for menneskehandel.⁶⁵

Representantens oppgaver er regulert i utlendingsloven § 98 d, og skal blant annet ivareta oppgaver som tilkommer en verge i henhold til annen lovgivning.

Representantens oppdrag opphører når den mindreårige innvilges oppholdstillatelse som danner grunnlag for permanent oppholdstillatelse, og det er oppnevnt verge etter vergemålslovens bestemmelser. For å ivareta de juridiske sidene av foreldreansvaret⁶⁶ har representanten/vergen samtykkekompetanse og rett til informasjon fra helsetjenesten på lik linje med foreldre.

8.3. Samarbeid når barn mottar behandling i døgninstitusjon i psykisk helsevern

8.3.1 Barn som ikke har tiltak etter barnevernloven

Under oppholdet i døgninstitusjon i psykisk helsevern for barn og unge kan det fremkomme opplysninger eller gjøres vurderinger fra helsepersonell knyttet til barnets omsorgs- eller livssituasjon som gjør det nødvendig å bringe inn barneverntjenesten. Det vises til rundskrivet kapittel 5 om helsepersonells opplysningsplikt barneverntjenesten.

I de situasjoner det psykiske helsevernet mener barnet ikke bør utskrives til hjemmet etter endt utrednings- og behandlingsopphold, er det den kommunale barneverntjenesten som skal vurdere om det skal iverksettes tiltak i henhold til barnevernloven. Dette innebærer at institusjonen i psykisk helsevern ikke kan henvende seg direkte til Bufetats regioner med forespørsel om et alternativt plasseringssted for barnet.

Dersom det er behov for langvarig døgnkontinuerlig oppfølging utenfor hjemmet uten at barneverntjenesten mener det er grunnlag for plassering etter barnevernloven, kan barne- og avlastningsboliger i regi av den kommunale helse- og omsorgstjenesten være et aktuelt alternativ. Det vises til omtale i kapittel 2.2.

8.3.2 Barn som har tiltak etter barnevernloven

Hvor barnet har tiltak etter barnevernloven vil det i de fleste tilfellene være viktig å etablere et samarbeid mellom barneverntjenestene og psykiske helsetjenester.

Hvor foreldrene fortsatt har omsorgen for barnet, er det viktig at psykisk helsevern innhenter samtykke fra foreldre til nødvendig informasjonsutveksling med barneverntjenesten, jf. helsepersonelloven § 22.

Når kommunal barneverntjeneste har omsorgen for barnet etter barnevernloven § 4-12 eller § 4-8, eller barnet er akutt plassert etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, har de også rett til å samtykke til helsehjelp for barn og unge under 16 år. Videre har de rett til informasjon fra psykisk helsevern på lik linje med foreldrene, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-4, fjerde ledd.

Etter endt utredning/behandling i døgninstitusjon i det psykiske helsevernet kan det være av stor betydning for den videre oppfølgingen av barnet, at barnevernet og det psykiske helsevernet har et samarbeid rundt videre oppfølging og tiltak.

Det er naturlig at døgninstitusjonen i psykisk helsevern overfører eventuelt videre behandlingsansvar til den lokale BUP der barnet bor for videre oppfølging. Det kan imidlertid også være nødvendig at det iverksettes tiltak som er nærmere knyttet til omsorgssituasjonen til barnet. Det er den kommunale barneverntjenesten som vurderer om barnet har behov for tiltak etter barnevernloven. Barneverntjenesten bør i sin vurdering

⁶⁴. Regionale helseforetak er i oppdragsdokumentet for 2015 bedt om å etablere strukturer og rutiner som sikrer at barn i barnevernsinstitusjoner får nødvendig utredning og behandling for psykiske lidelser og rusavhengighet.

⁶⁵. Utlendingsloven Kapittel 11 A

⁶⁶. Jf. vergemålsloven § 17 annet ledd

av behovet for tiltak etter barnevernloven ta hensyn til de innspill som kommer fra det psykiske helsevernet i utskrivningsfasen, uavhengig av om barnet skal hjem til foreldrene eller til ett alternativt plasseringssted utenfor hjemmet.

8.4. Døgnopphold i psykisk helsevern med hjemmel i barnevernloven

8.4.1 Generelt

Barnevernloven regulerer ikke sektorovergripende plasseringer direkte, men lovforarbeidene til både barnevernloven og psykisk helsevernloven åpner for at barn og unge kan innlegges i døgninstitusjon under det psykiske helsevernet med hjemmel i barnevernloven.

Sektorovergripende plasseringer kan være aktuelt ved øyeblikkelig hjelp, ved behov for utredning av psykisk helse og ved behov for døgnbasert behandling på spesialisthelsetjenestenivå.

I barnevernloven er «sørge for» ansvaret i enkeltsaker forankret i barneverntjenesten i kommunen etter barnevernloven § 2-1. Dette omfatter et oppfølgingsansvar i enkeltsaker, herunder treffe vedtak om tiltak og fremsette begjæring om tiltak som krever vedtak i fylkesnemnda. Det er i barneverntjenesten i kommunen spørsmålet om innleggelse i døgninstitusjon i det psykiske helsevernet gjerne oppstår. Det er imidlertid Bufetat som etter anmodning fra kommunen skal bistå barneverntjenesten med plasseringsalternativ når det er behov for plassering utenfor hjemmet.

Bufetat skal etter barnevernloven § 5-6 sørge for å legge til rette for «samarbeid med institusjoner som hører under andre lover». Det anbefales at det etableres samarbeid på regionalt nivå mellom de to tjenestefeltene for å synliggjøre de lokale alternativene som er aktuelle for sektorovergripende plasseringer når kommunal barneverntjeneste skal vurdere plassering utenfor hjemmet.

Det psykiske helsevernet skal gi et tilbud om psykisk helsehjelp til barn og unge også der omsorgssituasjonen ikke er stabil og avklart. Dette innebærer at spørsmålet om døgnbasert tilbud innen det psykiske helsevernet også kan være aktuelt for barn og unge som ikke er plassert utenfor hjemmet i medhold av barnevernloven § 4-8 andre ledd og § 4-12.

I det følgende omtales de ulike hjemmelsgrunnlagene i barnevernloven som er aktuelle for sektorovergripende plasseringer i psykisk helsevern. I en slik gjennomgang er det nødvendig å skille mellom hjemmelsgrunnlag i barnevernloven for selve plasseringen av barnet og hjemmelsgrunnlaget i helselovgivningen for den helsefaglige utredning/behandling i psykisk helsevern.

8.4.2 Frivillig plassering utenfor hjemmet

Barnevernloven § 4-4 fjerde ledd og § 4-26 regulerer frivillig plassering utenfor hjemmet. Disse alternativene benyttes i de situasjonene hvor forholdene rundt barnet eller ungdommen er relativt oversiktlig og hvor det er mulig å få til et godt samarbeid med foreldrene og barnet/ungdommen.

For tjenestefeltene vil dette også være de plasseringshjemlene som fremstår mest oversiktlig å forholde seg til. Her vil samtykke fra foreldrene og ungdommen, i tillegg til en aksept av selve plasseringsstedet, også kunne omfatte samtykke til helsemessig undersøkelse og utredning (innenfor rammene av helselovgivningen) og aksept for planlagt tidsbruk.

Dersom den unge er 15 år må hun/han selv også samtykke i selve plasseringen, jf. barnevernloven § 6-3. Er den unge 16 år må hun/han selv samtykke i undersøkelse og behandling fra det psykiske helsevernet, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Det vil være den kommunale barnverntjenesten som er avtalepart i forhold til samtykke som blir gitt til plassering i døgninstitusjon i det psykiske helsevern, mens døgninstitusjonen under det psykiske helsevernet vil være avtalepart i forhold til samtykke til helsemessig undersøkelse og behandling.

8.4.3 Akutt plassering av barn uten omsorg

Barnevernloven § 4-6 første ledd regulerer barneverntjenestens handleplikt i situasjoner hvor barnet er uten omsorg fordi foreldrene er syke eller barnet er uten omsorg av andre grunner. I forarbeidene til barnevernloven eksemplifiseres handleplikten med situasjoner hvor foreldrene er uteblitt fra hjemmet uten varsel eller situasjoner hvor foreldrene er ute av stand til å ivareta barnet fordi de er i rus.⁶⁷

En slik plassering kan ikke opprettholdes dersom foreldrene eller barn over 15 år motsetter seg det.

67. Ot.prp. nr. 44 (1991-92) s. 34 og 108 og Innst.O.nr 80 (1991-92) s. 16 og 17

Videre kan denne type plassering i utgangspunktet bare benyttes som et kortvarig tiltak.⁶⁸ Formålet med handleplikten er at barneverntjenesten skal få tid og mulighet til å områ seg i en ellers kaotisk og uoversiktlig situasjon. Tiltaket bør derfor avløses av andre tiltak når barneverntjenesten har fått mer oversikt.

En plassering etter barnevernloven § 4-6 første ledd gir ikke hjemmel til å undersøke eller behandle barnet innenfor rammene av helselovgivningen. Da tidsperspektivet for plasseringen ofte er usikker og må avbrytes med motstand, er ikke bestemmelsen hensiktsmessig å benytte for innleggelse i psykisk helsevern. Det vil ikke være anledning til helsemessig undersøkelse/behandling uten at det foreligger samtykke fra foreldrene eller barnet fra 16 år. Det er heller ingen rettsikkerhetsgarantier knyttet til tiltaket.

Dersom barnet plasseres etter barnevernloven § 4-6 første ledd i institusjon under det psykiske helsevernet må derfor en annen plasseringshjemmel og rettsgrunnlag for helsehjelp avklares raskt, ved eventuell overgang til barnevernloven § 4-4 fjerde ledd eller § 4-6 andre ledd.

8.4.4 Akutt plassering av barn ved fare for vesentlig skade

Barnevernloven § 4-6 andre ledd og § 4-25 andre ledd tar sikte på å verne barn og unge mot å bli utsatt for påvirkning som kan medføre fare for vesentlig skade dersom barnet forblir i hjemmet.

Terskelen for slik plassering er høy, og barneverntjenesten må foreta en risikoavveining hvor barnet eller ungdommens behov for beskyttelse må veies opp mot ulempene ved å flytte barnet/ungdommen ut av hjemmet.

Bestemmelsene skiller seg fra de to forannevnte fordi tiltaket kan opprettholdes uten samtykke.

En plassering i psykisk helsevern etter disse bestemmelsene gir ikke hjemmel for tvangsmessig utredning og behandling for psykisk helse, bare for innleggelse og tilbakeholdelse. Det er barneverntjenesten som kan samtykke til helsehjelp når barn under 16 år er plassert etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4 andre ledd. Dersom plasseringen er begrunnet i barnets atferd og er hjemlet i barnevernloven § 4-25 første ledd,

må foreldrene samtykke til helsehjelpen som tilbys i institusjonen. Fra fylte 16 år kan den unge samtykke selv.

Det er særlig to forhold det er viktig å ha oppmerksomhet på dersom det vurderes å etablere sektorovergripende plassering med hjemmel i akuttbestemmelsene i barnevernloven.

For det første kan foreldrene til barnet være uenig i behovet for plassering utenfor hjemmet og derfor ikke vil bidra til utredning og behandling av barnet i det psykiske helsevernet. Utredning og behandling uten involvering av barnets primæromsorgspersoner vil kunne utgjøre en faglig begrensning. Hvor foreldrenes påvirkning er så negativ at den vanskeliggjør en utredning i det psykiske helsevernet, kan en plassering etter barnevernloven § 4-6 andre ledd være aktuelt. Dette fordi barnevernleder ved plassering etter barnevernloven § 4-6 andre ledd kan treffe vedtak om samværsnekt og at plasseringen skal skje på sperret adresse, jf. barnevernloven § 4-6 tredje ledd.

For det andre medfører tiltakets karakter av tvang at akuttvedtak må godkjennes av fylkesnemnda, og at foreldrene kan klage over akuttvedtaket til fylkesnemnda. Dette kan medføre usikkerhet knyttet til tiltakets varighet og om tiltaket kan opprettholdes. Vedtaket kan bare opprettholdes inntil den akutte faren for barnet er over.

Dersom akuttvedtaket godkjennes av fylkesnemnda, vil barneverntjenesten kunne opprettholde vedtaket inntil fylkesnemnda har tatt stilling til om det skal fremmes en begjæring om tiltak (hovedsak). Dette følger av barnevernloven § 4-6 fjerde ledd.

Forutsetningen for at akuttvedtaket kan opprettholdes er at hovedsaken blir oversendt fylkesnemnda innen 6 uker fra akuttvedtaket ble truffet i omsorgssaker og 2 uker i atferdsaker. Hovedsaken vil i denne sammenheng være det forslag som fremgår av barneverntjenestens begjæring om tiltak etter barnevernloven § 7-11. Forslag om videre tiltak vil som oftest være et forslag om omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-12 eller plassering for behandling av atferdsvansker i barneverninstitusjon etter barnevernloven § 4-24 andre ledd.

⁶⁸ Ot. prp. nr. 44 (1991-92) s. 34

I denne fasen av en barnevernssak kan utredning av barnets psykiske helsetilstand være svært viktig for å avgjøre hvilket tiltak barnet har behov for i fortsettelsen. Det kan imidlertid være behov for mer begrensede inngrep i barnets situasjon. Dersom den helsemessige utredningen ender med en tilrådning om lengere tids behandling i døgninstitusjon i det psykiske helsevernet for barn under 16 år, kan barneverntjenestens forslag i hovedsaken begrenses til forslag om behandling uten eget samtykke etter barnevernloven § 4-11, forutsatt at foreldrene ikke samtykker i videre nødvendig helsehjelp.

Det er institusjonen i det psykiske helsevern som avgjør når den helsefaglige utredningen og behandling er ferdig. Spørsmål om flytting innenfor rammene av akuttvedtaket vil være et faglig spørsmål som tilligger barneverntjenesten som ansvarlig for vedtaket etter barnevernloven.

I noen saker vil en flytting av barnet ikke vil være riktig ut fra en barnevernfaglig vurdering fordi det er behov for å skjerme barnet fra for mange flyttinger og omskiftninger i en situasjon hvor det befinner seg i krise. Barneverntjenesten kan imidlertid ikke bestemme at barnet fortsatt skal være innlagt ved institusjonen i det psykiske helsevernet når det fra en helsefaglig synsvinkel ikke er faglig grunnlag for det.

Den såkalte asylsuvereniteten⁶⁹ er et ulovfestet prinsipp som legger avgjørelsesmyndighet i forhold til døgninnleggelse i det psykiske helsevernet til faglig ansvarlig ved institusjonen. I brev av 15. desember 2012 uttalte Helse- og omsorgsdepartementet at den aktuelle institusjon beholder asylsuvereniteten selv om fylkesnemnda har vedtatt plassering i institusjon under det psykiske helsevernet med hjemmel i barnevernloven. Det samme må også gjelde hvor vedtaket om plassering er truffet av den kommunale barneverntjenesten.

8.4.5 Plassering ved omsorgsovertagelse etter vedtak fra fylkesnemnda

Plassering i institusjon under det psykiske helsevernet kan være aktuelt i saker der barneverntjenesten foreslår omsorgsovertagelse etter barnevernloven 4-8 annet ledd og § 4-12. Det er fylkesnemnda som treffer vedtak i slike saker, etter begjæring fra kommunen.

Det er viktig at tjenestene har etablert et samarbeid

før saken sendes til fylkesnemnda. I dialogen mellom tjenestene må det avklares nærmere om institusjon under det psykiske helsevernet er det riktige tiltaket for barnet/ungdommen og hvilket tidsperspektiv oppholdet skal ha. Tjenestene bør være enige om at døgnbasert utredning og behandling innen psykisk helsevern er det riktige faglige tilbudet.

Et samarbeid i forkant er også viktig fordi "asylsuvereniteten" medfører at fylkesnemnda ikke kan overprøve en eventuell nektelse av inntak i institusjonen fra den faglige ansvarliges side. Det må derfor være avklart på forhånd.

Det psykiske helsevernet har ikke døgninstitusjoner som kan være et varig plasseringssted for barn og unge etter barnevernloven § 4-8 andre ledd og § 4-12. Dersom barneverntjenesten har omsorgen for et barn må det derfor alltid i tillegg finnes en omsorgsbasis innenfor rammene av barnevernloven § 4-14 (fosterhjem eller barneverninstitusjon), når barnet tilbys døgnbasert hjelp i det psykiske helsevernet.

Dersom det er truffet vedtak om omsorgsovertakelse for et funksjonshemmet barn kan det også være nødvendig med sektorovergripende plassering på grunn av funksjonshemmingen, jf. barnevernloven § 4-14 c. Det er i forarbeidene⁷⁰ til barnevernloven blant annet vist til at behandling i døgninstitusjon innen psykisk helsevern kan være aktuelt.

8.4.6 Atferdsplassering etter vedtak fra fylkesnemnda

Institusjon under det psykiske helsevernet kan utgjøre et plasseringsalternativ i saker der barneverntjenesten foreslår behandling i institusjon opptil 12 måneder etter barnevernloven § 4-24 andre ledd.

Det vil kunne være aktuelt for barn og unge med sammensatt og alvorlig problematikk knyttet til både psykisk helse og atferdsrelaterte vansker. Det er fylkesnemnda som treffer vedtak om plasseringssted, etter begjæring fra kommunen.

Det er viktig at tjenestene har etablert et samarbeid før saken sendes til fylkesnemnda. I dialogen mellom tjenestene må det avklares nærmere om institusjon under det psykiske helsevernet er det riktige tiltaket for

69. Nærmere omtalt i NOU 1983:5 *Asylsuvereniteten*

70. *Ot. prp. nr. 44 (1991-92)* s. 45

barnet/ungdommen og hvilket tidsperspektiv oppholdet skal ha. Tjenestene bør være enige om at døgnbasert utredning og behandling innen psykisk helsevern er det riktige faglige tilbudet, selv om ungdommen har «alvorlige atferdsvansker» i barnevernlovens forstand.

Et samarbeid i forkant er også viktig fordi "asylsuvereniteten" medfører at fylkesnemnda ikke kan overprøve en eventuell nektelse av inntak i institusjonen fra den faglige ansvarlige side. Det må derfor være avklart på forhånd.

Videre kan ikke barnet/ungdommen flyttes til en annen institusjon når fylkesnemnda har truffet vedtak om plassering i en bestemt institusjon, selv om den helsefaglige utredning og behandling er ferdig, jf. barnevernloven § 4-24 siste ledd.

8.5. Gjennomføring av oppholdet

Ved sektorovergripende plasseringer skal psykisk helsevernlovens kapittel 4 brukes som grunnlag for tiltak under oppholdet, jf. psykisk helsevernloven § 1-1 a.

Dersom en institusjon i det psykiske helsevernet er ansvarlig for et opphold som skjer i medhold av barnevernloven, gjelder bestemmelsene i psykisk helsevernloven kapittel 4 for gjennomføringen av oppholdet. Dette gjelder ikke §§ 4-4, 4-5 andre ledd, 4-7 a andre ledd, 4-9 og 4-10.

Konsekvensene av at det er psykisk helsevernloven som gjelder under oppholdet er at avgjørelsesmyndighet for slike tiltak vil ligge hos den faglig ansvarlige for vedtak etter psykisk helsevernloven § 1-4. Det er Kontrollkommisjonen som vil være klageinstans for slike vedtak og ha ansvar for kontroll av den generelle velferden til barnet under oppholdet.

8.6. Særlig om samvær med foreldre under oppholdet

Barn og unges rett til samvær med foreldre i helseinstitusjon reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2, jf. forskrift 1. desember 2000 om barns opphold i helseinstitusjon.⁷¹

Barn og unge har som hovedregel rett til samvær med minst en av foreldrene under hele oppholdet i helseinstitusjon. Rett til samvær gjelder også for fosterforeldre eller andre som opptrer i foreldres sted.

Retten til å ha en av foreldrene hos seg gjelder ikke dersom dette er utilrådelig av hensyn til barnet. Dette må vurderes ut fra barnets sykdomstilstand og barnets beste. Det kan for eksempel i mishandlingstilfeller være aktuelt å nekte foreldre å være til stede under undersøkelse og behandling. Dersom en av eller begge foreldrene er årsaken til barnets sykdom eller sterkt påvirker barnets helse, vil helsepersonellet måtte vurdere om det er tilrådelig at barnet har foreldrene hos seg under oppholdet.

Videre fremgår det av bestemmelsen at retten til å ha en av foreldrene hos seg heller ikke gjelder dersom samværsretten er bortfalt etter reglene i barneloven eller barnevernloven. Hvorvidt dette er tilfelle må løses etter reglene i barneloven og barnevernloven.

Dersom det er vedtatt omsorgsovertakelse etter barnevernloven § 4-8 andre ledd eller § 4-12 eller det er truffet midlertidig akuttvedtak etter barnevernloven § 4-6 andre ledd, og det er vedtatt at foreldrene bare skal ha begrenset rett til samvær med barnet, er retten til samvær under oppholdet i helseinstitusjon tilsvarende begrenset. Utgangspunktet er imidlertid at barn og foreldre etter barnevernloven § 4-19 som hovedregel har rett til samvær med hverandre, også når barnet bor utenfor hjemmet som følge av vedtak etter barnevernloven, med mindre annet er bestemt. Dersom en av eller begge foreldrene ikke har rett til samvær med barnet etter reglene i barnevernloven, vil vedkommende heller ikke ha rett til samvær selv om barnet befinner seg i helseinstitusjon. Samværsretten etter pasient- og brukerrettighetsloven § 6-2 vil uansett ikke strekke seg lenger enn den samværsrett som kan utøves utenfor helseinstitusjonen.

Også for barn som er innlagt i institusjoner under det psykiske helsevern vil retten til å ha en av foreldrene hos seg gjelde. Denne rettigheten må imidlertid vurderes ut fra barnets sykdomstilstand. Dersom en av eller begge foreldrene er årsaken til barnets sykdom eller sterkt påvirker barnets helse, vil helsepersonellet måtte vurdere om det er tilrådelig at barnet har foreldrene hos seg under oppholdet.

⁷¹ Bestemmelsen er nærmere omtalt i [Helsedirektoratets rundskriv om pasient- og brukerrettighetsloven](#)

