



Temarapport 2019

# Eldres menneskerettigheter – Syv utfordringer



Norges institusjon for  
menneskerettigheter

# Forkortelser

CRPD	FNs konvensjon om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne
EMD	Den europeiske menneskerettsdomstol
EMK	Den europeiske menneskerettskonvensjonen
LHBTI	Lesbiske, homofile, bifle, trans- og interkjønnpersoner
NIM	Norges institusjon for menneskerettigheter
SP	FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter
SSB	Statistisk sentralbyrå
ØSK	FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter

# Innhold

<b>FORORD</b>	<b>4</b>	<b>5. ALDERSDISKRIMINERING UTENFOR ARBEIDSLIVET</b>	<b>30</b>
<b>SAMMENDRAG</b>	<b>6</b>	5.1 Menneskerettslige normer	30
<b>1. INNLEDNING</b>	<b>8</b>	5.2 Nasjonalt rammeverk	31
1.1 Rapportens tema og formål	8	5.3 Menneskerettslige utfordringer	32
1.2 Rapportens tilblivelse, oppbygning og avgrensninger	10	<b>6. UNIVERSELL UTFORMING – INFORMASJONS-, KOMMUNIKASJONS- OG TJENESTETILGANG</b>	<b>34</b>
1.3 Menneskerettighetenes gjennomslagskraft i norsk rett	10	6.1 Menneskerettslige normer	34
<b>2. VERGEMÅL OG RETTSLIG HANDLEEVNE</b>	<b>14</b>	6.2 Nasjonalt rammeverk	35
2.1 Menneskerettslige normer	14	6.3 Kunnskapsgrunnlaget	35
2.2 Nasjonalt rammeverk	15	6.4 Menneskerettslige utfordringer	36
2.3 Kunnskapsgrunnlaget	16	<b>7. HELSEHJELP, UNDERERNÆRING OG UHELDIG LEGEMIDDELBRUK</b>	<b>38</b>
2.4 Menneskerettslige utfordringer	17	7.1 Menneskerettslige normer	38
<b>3. VOLD OG SEKSUELLE OVERGREP MOT ELDRE</b>	<b>20</b>	7.2 Nasjonalt rammeverk	40
3.1 Menneskerettslige normer	20	7.3 Kunnskapsgrunnlaget – underernæring	40
3.2 Nasjonalt rammeverk	21	7.4 Kunnskapsgrunnlaget – uheldig legemiddelbruk	41
3.3 Kunnskapsgrunnlaget	23	7.5 Menneskerettslige utfordringer	42
3.4 Menneskerettslige utfordringer	24	<b>8. ELDRE LHBTI-PERSONERS MØTE MED HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN</b>	<b>44</b>
<b>4. TVUNGEN HELSEHJELP</b>	<b>26</b>	8.1 Menneskerettslige normer	44
4.1 Menneskerettslige normer	26	8.2 Kunnskapsgrunnlaget	44
4.2 Nasjonalt rammeverk	27	8.3 Menneskerettslige utfordringer	45
4.3 Kunnskapsgrunnlaget	27	<b>LITTERATURLISTE</b>	<b>46</b>
4.4 Menneskerettslige utfordringer	28		







at det er behov for økt kompetanse i tjenesteapparatet med hensyn til å oppdage og avverge vold og overgrep.

I kapittel 4 belyser vi særlige problemstillinger knyttet til tvungen helsehjelp. Her drøfter vi de menneskerettslige normene som gjelder for bruk av tvang både i Den europeiske menneskerettskonvensjon og i FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne, og hvilke kriterier som vurderes ved bruk av tvang mot personer i henhold til norsk lovgivning. Også på dette feltet mangler det faktisk kunnskap, og det er behov for kartlegging av bruk av tvungen helsehjelp på sykehjem.

Aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet omtales i kapittel 5. Her drøfter vi blant annet diskrimineringslovgivningen og forskjellen mellom saklig forskjellsbehandling og diskriminering. Rapporten peker særlig på at det er et menneskerettslig problem at den nye likestillings- og diskrimineringsloven gir inntrykk av at klager om aldersdiskriminering ved aldersgrenser som er nedfelt i lov eller forskrift, ikke skal kunne prøves av domstolene.

Kapittel 6 handler om informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang for eldre personer som ikke – eller i liten grad – har digital kompetanse. Flere eldre har funksjonsnedsettelse som gjør bruk av for eksempel internett vanskelig. Både Den europeiske menneskerettskonvensjon og FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne inneholder bestemmelser om rett til informasjon.

Kapittel 7 handler om helsehjelp, underernæring og uheldig legemiddelbruk. Her drøfter vi retten til helse og andre menneskerettigheter som er relevante for dette temaet. Rapporten viser til at det eksisterer for lite faktisk kunnskap om både underernæring og feil legemiddelbruk blant eldre, men at det likevel er dokumentert at dette er et problem. Det utgjør dermed en menneskerettslig utfordring for myndighetene både på statlig og kommunalt nivå.

Kapittel 8 omhandler eldre LHBTI-personers møte med helse- og omsorgstjenesten. Her drøfter vi retten til respekt for privatliv og retten til ikke å bli diskriminert på grunn av sin kjønnsidentitet eller seksuelle orientering. Det mangler kunnskap om eldre LHBTI-personers møte med helsevesenet, og vi anbefaler at det settes økt fokus på denne gruppen.

Hensikten med denne rapporten er å skape større bevissthet rundt noen av statens menneskerettslige forpliktelser overfor eldre, samt å identifisere sentrale problemområder hvor det er svakheter i det menneskerettslige vernet for denne gruppen.

Konkrete anbefalinger om mulige tiltak finnes i de enkelte kapitlene.







## 1.2 Rapportens tilblivelse, oppbygning og avgrensninger

Arbeidet med denne rapporten har hatt tre faser.

I første fase ble ulike kilder fra NIMs løpende overvåkning av menneskerettighetssituasjonen i Norge sammenstilt.<sup>7</sup> De ble deretter supplert av spesifikke kildesøk på gruppen eldre. Funnene ble oppsummert i et foreløpig konsultasjonsnotat.

Dette notatet ble i den andre fasen brukt som grunnlag for samtaler med et utvalg bruker- og interesseorganisasjoner, relevante ombud og forskningsmiljøer, som har gitt sine innspill om menneskerettslige utfordringer for eldre.<sup>8</sup> I samtalene ble det stilt særlig tre spørsmål: (i) Er de omtalte temaene i notatet relevante – og er de i så fall tilstrekkelig belyst?, (ii) Hvilke andre preserende tema burde vært vurdert i et menneskerettslig perspektiv? og (iii) Hvilke initiativ fra myndighetene adresserer disse utfordringene, og gjør de i så fall det på en tilfredsstillende måte? Formålet var å supplere egne funn med andres ekspertise.

I siste fase ble temarapporten utarbeidet på grunnlag av den kunnskapen som var innhentet. Under de ulike temaene gir vi først en analyse av de relevante menneskerettslige forpliktelsene basert på juridisk metode. Deretter (for de fleste temaene) følger en gjennomgang av tilgjengelig

forskning og annen informasjon om praksis på området (det vi kaller kunnskapsgrunnlaget). Til slutt gjør vi en vurdering av menneskerettslige utfordringer på feltet. Rapporten er ikke uttømmende, hverken i de rettslige eller faktiske analysene. Det vil derfor variere fra tema til tema om rapporten gir grunnlag for konkrete anbefalinger om endring eller bare peker på menneskerettslige utfordringer som myndighetene bør se nærmere på.

I denne rapporten benyttes begrepet «eldre», som et overordnet og inkluderende begrep uten et strengt definert aldersspenn. Det fremgår under hvert kapittel hvilken del av den eldre befolkningen det siktes til.

## 1.3 Menneskerettighetenes gjennomslagskraft i norsk rett

Denne rapporten redegjør for et bredt spekter av menneskerettslige normer. I det følgende gir vi derfor en kort og generell gjennomgang av Grunnloven<sup>9</sup>, menneskerettsloven<sup>10</sup> og de konvensjonene som vil bli omtalt i denne rapporten. Det vil også kort bli redegjort for hvilken status de ulike menneskerettighetene har i norsk rett, og betydningen av de internasjonale håndhevsorganenes uttalelser og avgjørelser. De mer spesifikke detaljene i de enkelte bestemmelsene beskrives der det er relevant i de følgende kapitlene.

<sup>7</sup> NIM har utviklet en metode for å samle inn rettslige og faktiske kilder som kan si noe om menneskerettssituasjonen i Norge. Overvåkingen er bredt anlagt og er ment å dekke alle menneskerettigheter. Kilder som inngår i overvåkingen er blant annet ny lovgivning, nye konvensjonsforpliktelser, rettspraksis, uttalelser fra ulike ombud, uttalelser fra internasjonale overvåkningsorganer og et stort omfang forskningsmateriale, faktiske utredninger og lignende. Innsamlingen gjøres av NIMs overvåkningsavdeling, som månedlig presenterer nye kilder for juristene i NIMs analyseavdeling. Analyseavdelingen avgjør den endelige menneskerettslige relevansen av en kilde og supplerer også kildetilfanget dersom noe ikke er fanget opp. For mer informasjon om overvåkningsmetoden og kildeoversikten, ta direkte kontakt med NIM.

<sup>8</sup> Det har blant annet vært kontakt med eldreombudet i Oslo (som også er pasient- og brukerombud i Oslo og Akershus), Nasjonal kompetansetjeneste for aldring og helse, Nasjonalforeningen for folkehelsen, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie ved NTNU, Likestillings- og diskrimineringsombudet og det tidligere Seniorrådet.

<sup>9</sup> Kongeriket Norges Grunnlov av 17. mai 1814.

<sup>10</sup> Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling norsk rett av 21. mai 1999.

Det er stater som forpliktes etter menneskerettighetene.<sup>11</sup> Statene er ansvarlig for myndighetstøvelse på alle offentlige nivå, fra regjering til kommuner.<sup>12</sup>

I Norge er menneskerettighetene for det første forankret i Grunnloven. I 2014 fikk Grunnloven et eget menneskerettskapittel.<sup>13</sup> Flere sentrale menneskerettigheter, som diskrimineringsvernet, ytringsfriheten, forbudet mot tortur, umenneskelig og nedverdiggende behandling og retten til privatliv er nå nedfelt i dette kapitlet.<sup>14</sup>

Grunnloven har høyere rang enn annen lovgivning i norsk rett, noe som vil si at Grunnlovens bestemmelser ved motstrid går foran andre lover. I tillegg er det mer krevende å endre Grunnloven enn å endre vanlig lovgivning.<sup>15</sup> Selv om innføringen av menneskerettighetene i Grunnloven ikke var ment å innebære noen realitetsendring, understreket grunnlovsrevisjonen i 2014 menneskerettighetenes sterke demokratiske

forankring i norsk rett.<sup>16</sup> Høyesterett har også i nyere rettspraksis tatt i bruk Grunnloven som selvstendig skranke for statens maktutøvelse.<sup>17</sup>

Grunnlovsbestemmelsene skal i stor grad tolkes i lys av sine internasjonale forbilder.<sup>18</sup> Det vil si at de, grovt sett, ofte har tilnærmet sammenfallende innhold som tilsvarende bestemmelser i menneskerettskonvensjonene.<sup>19</sup> Innholdet i de internasjonale menneskerettskonvensjonene vil dermed være viktige bidrag til tolkningen av innholdet i en grunnlovsbestemmelse.<sup>20</sup>

Videre er menneskerettighetene forankret i menneskerettsloven.<sup>21</sup> Denne loven inkorporerer fem sentrale menneskerettighetskonvensjoner<sup>22</sup> og gir dem forrang fremfor annen lovgivning.<sup>23</sup> Det vil si at dersom det er motstrid mellom en av konvensjonens bestemmelser og en norsk lovbestemmelse, vil konvensjonen gå foran nasjonal rett.<sup>24</sup>

<sup>11</sup> Jf. EMK artikkel 1 og Grunnloven § 92 som pålegger «statens myndigheter» å respektere og sikre menneskerettighetene.

<sup>12</sup> Statens myndigheter omfatter både statlige og kommunale myndigheter, jf. dok. nr. 16 (2011–2012) s. 47.

<sup>13</sup> Dok. nr. 16 (2011–2012) og Innst. 186 S (2013–2014).

<sup>14</sup> Samtidig er det viktig å understreke at Grunnloven, helt siden 1814, har beskyttet en rekke av disse rettighetene.

<sup>15</sup> Et grunnlovsforslag må legges frem i ett av de tre første årene i en stortingsperiode. Forslaget blir deretter behandlet i første, andre eller tredje storting i neste periode. Grunnlovsendringene må vedtas med et 2/3 flertall i Stortinget, og 2/3 av stortingsrepresentantene må være til stede når vedtaket fattes, jf. Grunnloven §§ 73 og 121.

<sup>16</sup> Dok. nr. 16 (2011–2012), s. 51.

<sup>17</sup> Se for eksempel HR-2018-1909-A.

<sup>18</sup> Grunnlovens bestemmelser kommer ikke til å bli omtalt i noen særlig grad i denne rapporten, ettersom de relevante grunnlovsbestemmelsene har tilnærmet sammenfallende innhold som tilsvarende bestemmelser i de internasjonale konvensjonene som drøftes.

<sup>19</sup> Dok. nr. 16 (2011–2012) s. 87 og 90 og høyesterettspraksis (eks: HR-2016-2017-A).

<sup>20</sup> Samtidig har Høyesterett understreket at Norge har et selvstendig ansvar for å tolke, avklare og utvikle Grunnlovens menneskerettsbestemmelser, dette ansvaret tilligger ikke de internasjonale håndhevingsorganene, se for eksempel Rt. 2015 s. 93 avsnitt 57.

<sup>21</sup> Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling norsk rett av 21. mai 1995.

<sup>22</sup> FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs konvensjon for sosiale og politiske rettigheter (SP), den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK), FNs konvensjon om kvinnediskriminering (CEDAW) og FNs konvensjon om barns rettigheter (CRC).

<sup>23</sup> Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling norsk rett av 21. mai 1995 § 3 jf. § 2.

<sup>24</sup> Dersom en konvensjonsbestemmelse strider mot Grunnloven, vil Grunnloven gå foran.









reservasjon<sup>48</sup> og avgrensar dermed ikke Norges folkerettslige forpliktelser etter konvensjonen. Høyesterett har uttalt at den norske tolkningserklæringen står i klar motstrid til CRPD-komiteens uttalte oppfatning om at konvensjonen ikke tillater fratakelse av rettslig handleevne.<sup>49</sup> Høyesterett noterer at komitéuttalelser generelt sett ikke er folkerettslig bindende, men at slike uttalelser kan ha «betydelig vekt som rettskilde».<sup>50</sup> For å løse motstridsspørsmålet i denne saken drøftet Høyesterett presumsjonsprinsippet. Som nevnt over medfører presumsjonsprinsippet at rettsanvenderen skal utnytte alle de mulighetene som anerkjente prinsipper for tolkning og anvendelse av rettsregler gir, for å unngå et folkerettsstridig resultat. Dersom det likevel viser seg å være motstrid mellom konvensjonen og den aktuelle norske rettsregelen, vil norsk rett gå foran. Førstvoterende konkluderte denne drøftelsen med at «etter mitt syn ligger nærværende sak slik an at domstolene da må legge lovens løsning til grunn selv om den skulle være folkerettsstridig».<sup>51</sup>

Ratifiseringen og tolkningen av CRPD har vært gjenstand for debatt i Norge. Kjetil Mujezinović Larsen oppsummerer diskusjonene slik i sin utredning til Utenriksdepartementet fra 2015: «Det diskuteres både hva statene mente da konvensjonen ble fremforhandlet, hvordan konvensjonen korrekt er å forstå, hvordan norsk rett

forholder seg til konvensjonen og hvilken vekt tolkningserklæringen vil ha.»<sup>52</sup> Det er altså flere spørsmål som er omtvistet og som er gjenstand for diskusjon nasjonalt og internasjonalt (i CRPD-komiteen).

### 2.3 Kunnskapsgrunnet

Det er i dag registrert omtrent 36 200 vergemål for voksne, hvorav omtrent 250 gjelder full eller delvis fratakelse av rettslig handleevne. Vergemål med full fratakelse av rettslig handleevne gjelder ofte personer med demens, en sykdom som ofte er representert hos den eldre befolkningen.<sup>53</sup>

Riksrevisjonen viser i en rapport fra 2018 til at i to tredjedeler av sakene om vergemål er vergemålene generelt utformet. Riksrevisjonen uttaler at manglende individtilpasning gir vergene for vide fullmakter og svekker rettsikkerheten til den som er under vergemål. I over halvparten av sakene der det var voksne som er satt under vergemål, er det ikke dokumentert at fylkesmannen har snakket med den vergemålet gjelder. Det går heller ikke alltid frem om den som er under vergemål, har forstått hva et vergemål innebærer. Fylkesmennene mangler også oversikt over opplæringstiltak og en enhetlig systematikk for tilsyn med verger, og det er ikke laget noen instruks om hvordan fylkesmannen skal føre tilsyn.<sup>54</sup>

<sup>48</sup> Wienkonvensjonen om traktatrett, artikkel 19.

<sup>49</sup> HR-2016-2591-A avsnitt 60.

<sup>50</sup> HR-2016-2591-A avsnitt 57.

<sup>51</sup> HR-2016-2591-A avsnitt 63.

<sup>52</sup> *Konsekvenser ved eventuell norsk tilslutning til den valgfrie protokollen om individuell klagerett til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne*, Kjetil Mujezinović Larsen, utredning avgitt til Utenriksdepartementet 28. juli 2015, s. 45–46. Se også Likestillings- og diskrimineringsombudets ulike rapporteringer til CRPD-komiteen. Tilgjengelig på [www.ldo.no](http://www.ldo.no).

<sup>53</sup> *CRPD 2015, Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne – et supplement til Norges første periodiske rapport*, Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2015, s. 31–32.

<sup>54</sup> *Riksrevisjonens undersøkning av korleis vergemålsreformen er sett i verk*, Dokument 3:6 (2017–2018), Riksrevisjonen. Tilsvarende funn ble forøvrig vist i en doktorgradsavhandling fra 2018 om psykisk utviklingshemmede, *Ensuring human rights for persons with intellectual disabilities? Self-determination policies and the use of force in the case of Norway*, Kjersti Skarstad, 2018.



Riksrevisjonen har fremmet en rekke anbefalinger til tiltak: Det bør utvikles nasjonale retningslinjer på sentrale områder innenfor vergemål, for eksempel for samtykkekompetanse og individtilpasning. I tillegg bør det komme på plass et systematisk tilsyn med fylkesmennene på vergemålsområdet og sørges for at mandatene til vergeoppdragene ikke blir mer omfattende enn nødvendig. Det må også vurderes hvordan fylkesmannen kan bedre tilsynet med vergeoppdrag.<sup>55</sup> Stortinget har i mai 2018 behandlet saken og bedt Justis- og beredskapsdepartementet følge opp Riksrevisjonens forslag til tiltak.<sup>56</sup>

I sin rapport til CRPD-komiteen i 2015 peker likestillings- og diskrimineringsombudet på at verger mangler kunnskap om CRPD, at noen verger har altfor mange personer under vergemål, og at noen verger går utover sine fullmakter.<sup>57</sup>

## 2.4 Menneskerettslige utfordringer

Ordinært vergemål innebærer at vergen kan foreta disposisjoner på vegne av personen det gjelder, men uten at vedkommende fratras sin rettslige handleevne. Dette gjelder mange personer uten samtykkekompetanse, for eksempel demente. Ordinært vergemål vedtas som nevnt av fylkesmannen. Hvis en person derimot skal fratras sin rettslige handleevne, må dette avgjøres av en domstol.

Vergemålsloven er i dag uklar når det gjelder rekkevidden av selvbestemmelsen til personer uten samtykkekompetanse. Uklarheten går på om § 20 gir adgang til å opprette ordinære vergemål til personer som *både* er uten

samtykkekompetanse og som motsetter seg vergemålet, eller om vergemålet i slike tilfeller må opprettes ved dom etter vergemålsloven § 22 – altså ved fratakelse av rettslig handleevne. Vergemålslovens § 20 kan tolkes slik at det er adgang til å opprette vergemål uten å frata vedkommende sin rettslige handleevne, selv om personen motsetter seg vergemålet.

I et høringsnotat av november 2018 foreslår Justis- og beredskapsdepartementet å endre vergemålsloven på dette punktet. I forlaget til lovendring presiseres det at det ikke skal gis adgang til opprettelse av ordinært vergemål der personen ikke er samtykkekompetent, men det må legges til grunn at vergemålet er i strid med vedkommendes vilje. I slike tilfeller kreves fratakelse av rettslig handleevne (og dermed domstolsbehandling).

Lovavdelingen i Justis- og beredskapsdepartementet har begrunnet behovet for lovendring på følgende måte: «De sentrale hensyn som ligger til grunn for vergemålsloven, og Norges konvensjonsforpliktelser etter CRPD artikkel 12 tilsier at personer uten samtykkekompetanse er sikret selvbestemmelsesrett og rettssikkerhetsgarantier på linje med personer med samtykkekompetanse.»<sup>58</sup>

I høringsnotatet fra departementet vises det til uttalelsen fra lovavdelingen som sier «Er det ikke særlige holdepunkter for noe annet, er det en klar formodning at den bistands- og støtteordningen som et ordinært vergemål innebærer, ikke strider mot ønskene og viljene til personen det er aktuelt å opprette vergemål for».<sup>59</sup> Det vil si at hvis en

<sup>55</sup> Riksrevisjonens undersøkning av korleis vergemålsreformen er sett i verk, Dokument 3:6 (2017–2018), s. 3–4.

<sup>56</sup> Se Dokument 3:6 (2017–2018), Innst. 312 S (2017–2018), Vedtak 782.

<sup>57</sup> CRPD 2015, Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne – et supplement til Norges første periodiske rapport, Likestillings- og diskrimineringsombudet, 2015, s. 32–33.

<sup>58</sup> JDLOV-2018-119.

<sup>59</sup> JDLOV-2018-119.

ikke samtykkekompetent person er uklar med hensyn til spørsmålet om vergemål, så skal det *formodes* at vedkommende ønsker vergemål.

Departementet er, i høringsnotatet, usikker på om det er riktig å automatisk legge en slik formodning til grunn, og ber om høringsinstansenes syn på dette.<sup>60</sup>

Justis- og beredskapsdepartementet foreslår i høringsnotatet en endring som innebærer at personer uten samtykkekompetanse, men som gir uttrykk for at de er mot vergemålet, skal behandles i tråd med kravene i § 22 om domstolsbehandling. Dette vil kunne bidra til større rettsikkerhet for den enkelte, og en mer ensartet praksis.

NIM mener det er positivt at Justisdepartementet har foreslått endringer i vergemålsloven som vil bedre den enkeltes rettsikkerhet. NIM mener at den måten vergemålsloven fungerer på i dag, slik det er beskrevet av blant annet Riksrevisjonen og Likestillings- og diskrimineringsombudet, utfordrer kravene i CRPD artikkel 12. Dette gjelder særlig mangel på individtilpassede vergemål som tar hensyn til personens vilje, ønsker og

preferanser. Dette henger igjen sammen med varierende praksis med hensyn til vurderinger av samtykkekompetanse.

NIM kom i 2019 med en høringsuttalelse om endringene i vergemålsloven. Der går vi nærmere inn i spørsmålene om fratakelse av rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål.

---

#### ANBEFALINGER

- ▶ Myndighetene bør sørge for at vergemålsloven endres slik at rettsikkerheten styrkes for personer uten samtykkekompetanse, enten de motsetter seg vergemål eller ikke.
  - ▶ Myndighetene bør sørge for at loven tolkes og praktiseres slik at den enkeltes selvbestemmelsesrett respekteres i størst mulig grad. Som en del av dette bør de sørge for individtilpassede vergemål. Dette bør også gjelde for personer uten samtykkekompetanse.
- 

<sup>60</sup> Fristen for å levere høringsuttalelser er februar 2019.











medbeboere. Studien viser også at de ansatte på sykehjemmene er usikre på hvordan slike saker skal håndteres, og at håndteringen av overgrepssakene ofte er mangelfull. Det fremgår at seksuelle overgrep mot eldre fortsatt er et tabubelagt tema blant helsepersonell. Studien viser at det er behov for kunnskap og forskning rundt temaet, samt opplæring av helsepersonell og utvikling av retningslinjer og rapporteringssystemer ved de kommunale pleie- og omsorgssentrene.

### 3.4 Menneskerettslige utfordringer

Forekomsttallene indikerer at vold mot eldre er en menneskerettslig utfordring, både for hjemmeboende personer over 65 år og personer som bor på sykehjem.

Som det fremgår ovenfor, har staten etter Istanbul-konvensjonen forpliktelser til å innrette tiltak med utgangspunkt i behovet til særlig sårbare grupper. Den omtalte forskningen viser at vold mot eldre er et reelt problem. Dette utløser en handlingsplikt for staten som innebærer at det må iverksettes målrettede tiltak med utgangspunkt i Eldres behov og sårbarhet. Forskning viser at det er svakheter i hvordan disse forpliktelsene ivaretas i dag.

Det mangler blant annet kartleggingsverktøy og rutineguider for avdekking av vold i nære relasjoner overfor eldre. Hjelpeapparatet mangler også kunnskap om hvordan saker om seksuelle overgrep skal håndteres på sykehjem, og det mangler retningslinjer- og rapporteringssystemer ved de kommunale pleie- og omsorgssentrene. I tillegg mangler det kommunale handlingsplaner mot vold i nære

relasjoner som tar for seg Eldres behov i tilstrekkelig grad. Eldre nevnes i liten grad også i den nasjonale opptrappingsplanen om vold og overgrep.<sup>79</sup>

For at staten skal kunne oppfylle Istanbulkonvensjonens krav om kunnskapsbasert tilnærming til vold, er den forpliktet til å sørge for datainnsamling og forskning som gjør tjenestene og tiltakene egnet for sitt formålet. Dette betyr at staten må ha oppdatert kunnskap om eldre voldsutsatte, og om hvordan staten kan forebygge vold og overgrep og beskytte nettopp denne gruppen. Selv om staten har en kunnskapsbasert tilnærming, blant annet gjennom forskningen vist til over, noterer NIM at det finnes flere kunnskapshull som er reflektert i nettopp denne forskningen.

---

#### ANBEFALINGER

- ▶ Myndighetene bør iverksette tiltak på systemnivå for å forebygge og forhindre at hjemmeboende personer over 65 år og personer på sykehjem utsettes for vold og overgrep, inkludert seksuelle overgrep, herunder å styrke kompetansen til helse- og omsorgspersonell.
  - ▶ Kommunene bør utarbeide og iverksette handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Planene bør ha et livstidsperspektiv og inneholde konkrete og egnede tiltak rettet mot gruppen eldre.
- 

<sup>78</sup> Det ble gjennomført en spørreskjemaundersøkelse på to sykehjem i Sør-Trøndelag. Av 64 ansatte som svarte på spørreskjemaet rapporterte 20 informanter om observasjoner av uønskede seksuelle tilnærmelser, og 15 var usikre på om de hadde observert seksuelle tilnærmelser. Av disse varierte forekomsten fra 2–20 ganger. I tillegg ble det gjennomført fokusgruppeintervju og en litteraturstudie.

<sup>79</sup> De regionale ressursentrene om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging (RVTS) kan bistå kommunene i utvikling og implementering av kommunale og interkommunale handlingsplaner, og NKVTS har oppdatert en elektronisk veileder for kommunene.



«Vi er bekymret for den høye forekomsten av ulovlig tvang. Den utstrakte bruken av tvang, særlig ulovlig tvang, mot personer med demens, innebærer et menneskerettighetsbrudd.»

Likestillings- og diskrimineringsombudet  
Ombud Hanne Bjurstrøm



seg selv skal kunne danne grunnlag for frihetsberøvelse.

#### 4.2 Nasjonalt rammeverk

I norsk rett er de menneskerettslige normene som skissert ovenfor, ivaretatt gjennom blant annet pasient- og brukerrettighetsloven.<sup>86</sup> Etter kapittel 4 kan somatisk helsehjelp bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke.<sup>87</sup>

I 2009 fikk loven et nytt kapittel 4A. Det regulerer bruken av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse og som motsetter seg helsehjelpen. Med helsehjelp menes også omsorgstiltak eller undersøkelser for å vurdere om det er nødvendig med behandling.<sup>88</sup> Det er i utgangspunktet ikke adgang til å yte tvungen helsehjelp på grunn av fare for skade på andre enn pasienten selv, jf. pasientrettighetsloven § 4A-3 andre ledd bokstav a. Men unntak fra dette kan finnes i for eksempel smittevernloven. Pasient- og brukerrettighetsloven har også en rekke saksbehandlings- og overprøvingsregler. I tillegg har Helsedirektoratet utarbeidet et omfattende rundskriv til reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, samt utarbeidet en

egen vedtaksmaal. Det finnes også et stort opplæringsmateriale for dem som skal anvende regelverket.<sup>89</sup> På et normativt nivå reflekterer de nasjonale reglene i all hovedsak de menneskerettslige kravene på en god måte.<sup>90</sup>

I juni 2016 opprettet regjeringen tvangslovutvalget som skal foreta en helhetlig gjennomgang av tvangsregelverket. Utvalget skal også utrede behovet for en mer enhetlig regulering av bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A omfattes av utvalgets mandat. Konklusjonene av dette arbeidet, som vil foreligge 15. juni 2019, vil kunne få direkte betydning for bruken av tvungen helsehjelp overfor eldre på norske sykehjem. Tvangslovutvalget skal kun vurdere lovverket, ikke praksis.

#### 4.3 Kunnskapsgrunnlaget

Selv om helselovgivningen tilsynelatende godt reflekterer de menneskerettslige kravene som skissert ovenfor, er det et spørsmål om tvangsbruk i praksis utøves på en måte som ivaretar menneskerettslige krav ved sykehjemmene. Omtrent 80 % av alle sykehjemspasienter har en demenslidelse.<sup>91</sup> Regler om tvang vil derfor være særlig relevante for denne pasientgruppen.

<sup>86</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999.

<sup>87</sup> Unntak kan fremgå av særlovgivning, se for eksempel lov om vern av smittsomme sykdommer av 5. august 1994 kapittel 5 og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999 kapittel 3 og 5. Også krav til helsepersonell om å gripe inn i nødrettslignende situasjoner kan føre til inngrep uten samtykke, se lov om helsepersonell av 2. juli 1999 m.v. § 7. Det er lovfestet visse unntak fra denne nødrettsplikten i § 4-9. Se også § 4-6 som regulerer situasjonen der pasienten ikke har samtykkekompetanse og ikke motsetter seg helsehjelpen.

<sup>88</sup> Også forebyggende tiltak, som tannbehandling, er relevant helsehjelp. Se note 162 på rettsdata.no til pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3.

<sup>89</sup> Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer rundskriv IS-8/2015 og <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a#om-pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a>.

<sup>90</sup> Det understrekes at NIM ikke har analysert dette spørsmålet i detalj. I 2014 lanserte den tidligere nasjonale institusjonen sin temarapport *Menneskerettigheter i sykehjem*. Den gjennomgikk Norges menneskerettslige forpliktelser overfor beboere på sykehjem i henhold til blant annet EMK artikkel 8 og så på tvangshjemlene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A. Rapporten konkluderte med at selve lovverket syntes å være i tråd med kravene etter EMK artikkel 8, men det ble reist tvil om praktiseringen av regelverket overfor beboerne på norske sykehjem var i tråd med denne artikkel en.

<sup>91</sup> Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, kapittel 3.3.3.



#### 4.4 Menneskerettslige utfordringer

Gjennomgangen ovenfor viser at det er svakheter ved hvordan menneskerettslige krav til tvungen helsehjelp blir ivaretatt i praksis.

For det første er pasientens samtykke til behandling og pasientens samtykkekompetanse avgjørende for vurderingen av om tvungen helsehjelp etter EMK artikkel 8 kan gjennomføres. Helse-tilsynets landsomfattende tilsyn i 2013 viser at helsepersonell har mangelfull kompetanse om hvordan samtykkekompetansevurderinger skal gjennomføres, og hva som er et gyldig samtykke.

For det andre skal den tvungne helsehjelpen følge det minste inngreps prinsipp. Det landsomfattende tilsynet viser som nevnt at helsepersonell har mangelfulle kunnskaper om hvordan man skal håndtere vanskelige tvangssituasjoner, hva motstand er, og hvordan den blir uttrykt. Slik kunnskap er for øvrig også viktig for å vurdere *når* man i det hele tatt skal sette i verk tvungen helsehjelp.

For det tredje krever EMK artikkel 8 at sentrale rettsikkerhetsgarantier er på plass. Når det brukes tvang uten at det fattes vedtak, kan dette føre til at pasienten ikke får reelle klagemuligheter over tvangsbruken.

Endelig er det viktig at vilkårene for frihetsberøvelse i EMK og CRPD i forbindelse med helsehjelp blir respektert.

Det er blitt gjennomført opplæringstiltak overfor helsepersonell siden evalueringene i 2013/2014. Samtidig finnes det, så vidt NIM kan se, ingen god oversikt over situasjonen i praksis i dag. Når det mangler god oversikt over hvorvidt eksisterende lovverk følges, og man vet at det tidvis brytes, er det nødvendig at statens myndigheter også kartlegger praksis.

---

#### ANBEFALINGER

- ▶ Helsetilsynet bør iverksette landsomfattende undersøkelser for å kartlegge hvordan tvungen helsehjelp utføres på sykehjemmene.
  - ▶ Myndighetene må sikre at helsepersonell på sykehjem har tilstrekkelig kunnskap om de menneskerettslige normene, herunder hvordan de skal vurdere samtykkekompetanse, hva som er et gyldig samtykke, og hva som skal til for å ivareta det minste inngreps prinsipp.
  - ▶ Myndighetene må sikre at sentrale rettsikkerhetsgarantier ivaretas, herunder god vedtaks- og dokumentasjonspraksis.
-



den er saklig, nødvendig og forholdsmessig.<sup>106</sup> Statene har imidlertid et vidt handlingsrom (såkalt skjønnsmargin) hva gjelder å vurdere om enkelte former for forskjellsbehandling skal kunne tillates eller ikke. Dette gjelder særlig i situasjoner der det ikke er noen felles europeisk enighet om hvordan situasjonen bør håndteres.<sup>107</sup>

SP har i tillegg et generelt og selvstendig diskrimineringsforbud i artikkel 26. ØSK har, som EMK, et aksessorisk diskrimineringsgrunnlag i artikkel 2, men konvensjonen dekker andre rettigheter enn EMK. Begrepet «other status» er et diskrimineringsgrunnlag også etter disse konvensjonene. Forbudet mot aldersdiskriminering i norsk rett har derfor større rekkevidde enn det som følger av EMK.<sup>108</sup> Forskjellsbehandling på grunn av «other status» er, som etter Grunnloven § 98 og for EMK artikkel 14 og SP artikkel 26, kun tillatt når den er saklig, nødvendig og forholdsmessig.

## 5.2 Nasjonalt rammeverk

Den nye likestillings- og diskrimineringsloven trådte i kraft 1. januar 2018. Der ble det introdusert et forbud mot diskriminering på grunnlag av alder (§ 6 første ledd). Dette betyr at aldersdiskriminering nå er forbudt på alle samfunnsområder.<sup>109</sup>

Bakgrunnen for å innføre alder som nytt diskrimineringsgrunnlag er sammensatt. Lovgiver viser til at alder ofte danner grunnlag for sammensatt diskriminering, og at det er et visst faktisk behov for et forbud mot aldersdiskriminering. I tillegg vises det til at et forbud kan endre holdninger, og at den internasjonale utviklingen går i retning av forbud mot aldersdiskriminering på alle samfunnsområder.<sup>110</sup>

Av likestillings- og diskrimineringsloven § 9 første ledd fremgår det at forskjellsbehandling på grunn av alder kan skje dersom den har et saklig formål, er nødvendig for å oppnå formålet og ikke er uforholdsmessig inngripende overfor den som forskjellsbehandles. I tillegg til en generell adgang til saklig, nødvendig og forholdsmessig forskjellsbehandling har loven imidlertid enkelte unntak fra aldersdiskrimineringsforbudet: Det følger av § 9 tredje ledd at «Aldersgrenser som følger av lov eller forskrift, og fordelaktige priser på grunn av alder, er ikke i strid med forbudet i § 6».

I henhold til § 9 tredje ledd trenger altså ikke aldersgrenser som følger av lov eller forskrift å være saklige, nødvendige eller forholdsmessige. I forarbeidene uttales det at slike aldersgrenser ikke skal kunne overprøves av håndhevingsapparatet og domstolene.<sup>111</sup> Det betyr at lovgiver her

<sup>106</sup> Diskrimineringen kan være enten direkte eller indirekte. Dersom en person behandles dårligere enn en annen i samme situasjon, uten at det foreligger saklig grunn for det, kalles dette direkte diskriminering. Dersom en regel eller praksis tilsynelatende fremstår nøytral, men der det i realiteten oppstår usaklig forskjellsbehandling likevel, kalles dette indirekte diskriminering.

<sup>107</sup> Se blant annet *Schwizgebel v. Sveits*, (25762/07), avsnitt 92–97; *Khamtokhu og Aksenchik v. Russland*, (60367/08) avsnitt 64. Europarådet vedtok forøvrig i 2000 tilleggsprotokoll 12 til EMK, som etablerer et generelt vern mot diskriminering; altså en selvstendig diskrimineringsbestemmelse. Protokollen trådte i kraft i 2005, men Norge har ikke ratifisert denne.

<sup>108</sup> Se menneskerettslovens §§ 2 og 3. Se *Utredning av behovet for et utvidet vern mot diskriminering på grunn av alder*, McClimans m.fl., 2014 kapittel 6 for flere referanser.

<sup>109</sup> Diskrimineringsloven § 2. Samtidig skal ikke diskrimineringsnemnda håndheve forbudet mot diskriminering i familieliv og private forhold, jf. diskrimineringsombudsloven § 7 annet ledd. På arbeidslivets område gjelder spesiallovgivning som arbeidsmiljøloven kapittel 13. Aldersdiskriminering i arbeidslivet er ikke tema her.

<sup>110</sup> Se Prop. 81L (2016–2017) kapittel 15.3. og kapittel 15.10.2.5. Det arbeides blant annet med et EU-direktiv som inkluderer aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet og flere europeiske land har allerede innført et slikt forbud.

<sup>111</sup> Prop. 81L (2016–2017) kapittel 15.10.4., s. 143.

har ment at hverken forvaltningen eller rettsapparatet skal kunne sette til side en lov- eller forskriftsbestemt aldersgrense selv om aldersgrensen ikke oppfyller kravene i likestillings- og diskrimineringsloven § 9 første ledd.

Loven har altså her gått bort fra utgangspunktet om et generelt og harmonisert diskrimineringsvern. Bakgrunnen for dette er blant annet at forskjellsbehandling på grunn av alder oftere vil være lovlig forskjellsbehandling enn hva som er tilfelle for andre diskrimineringsgrunnlag. Lovgiver uttaler at det er «uheldig om loven gir folk en uberettiget forventning om et vern mot forskjellsbehandling som uansett vil anses som saklig og dermed lovlig». <sup>112</sup> Konkret begrunnes unntaket i § 9 tredje ledd blant annet med at det ville bli vanskelig å forutse konsekvensene av et aldersdiskrimineringsforbud dersom det skal kunne overprøves, og at det vil kunne være ulike syn på hvordan goder og byrder i samfunnet bør fordeles. Slike avveininger bør derfor, ifølge lovens forarbeider, ikke avgjøres gjennom rettsanvendelse i forvaltningen og rettsapparatet, men av folkevalgte organer. <sup>113</sup>

### 5.3 Menneskerettslige utfordringer

NIM mener at det ovennevnte unntaket i likestillings- og diskrimineringsloven § 9 tredje ledd for aldersgrenser gitt i lov eller forskrift er menneskerettslig problematisk.

For det første vil en slik bestemmelse kunne uthule diskrimineringsvernet. Den gir en direkte adgang i lovverket til å forskjellsbehandle på grunn av alder uten at forskjellsbehandlingen er saklig, nødvendig og proporsjonal. Dette strider mot de menneskerettslige kravene i Grunnloven § 98, EMK artikkel 14 og øvrige menneskerettskonvensjoner.

For det andre vil en situasjon der en person forskjellsbehandles på grunn av alder, uansett kunne prøves av en domstol opp mot menneskerettsloven eller Grunnloven, selv om denne aldersgrensen er å finne i lov eller forskrift. I tillegg vil domstolene alltid kunne prøve om en lov- eller forskriftsbestemt aldersgrense er grunnlovsmessig eller ikke, jf. Grunnloven § 89. Det vil si at et individ vil kunne prøve for en domstol hvorvidt en forskjellsbehandling på grunn av alder er saklig, nødvendig og forholdsmessig etter Grunnloven § 98, menneskerettsloven, EMK og øvrige menneskerettskonvensjoner, selv om lovteksten sier noe annet.

NIM har forståelse for at loven bør utformes etter pedagogiske prinsipper, jf. henvisningen fra forarbeidene om at forskjellsbehandling på grunn av alder oftere enn ved andre diskrimineringsgrunnlag vil kunne være saklige, nødvendige og forholdsmessige. De fleste lovtekster må imidlertid tolkes i lys av forarbeider. Det er problematisk at lovteksten gir inntrykk av at disse spørsmålene ikke kan prøves etter Grunnloven, menneskerettsloven, EMK eller øvrige menneskerettskonvensjoner. Konsekvensen av dette er ikke drøftet i forarbeidene.

---

#### ANBEFALING

- ▶ Myndighetene bør vurdere hvordan likestillings- og diskrimineringsloven § 9 tredje ledd (om at aldersgrenser som følger av lov eller forskrift ikke er i strid med forbudet i § 6) står seg i forhold til menneskerettslige krav i norsk rett og domstolenes prøvelsesrett.
- 

<sup>112</sup> Prop. 81L (2016–2017) kapittel 15.10.3, s. 143.

<sup>113</sup> Prop. 81L (2016–2017) kapittel 15.10.4, s. 144.







med sine borgere som et rettighetsspørsmål etter EMK artikkel 6 om rettferdig rettergang. I saken *Zavodnik v. Slovenia* var spørsmålet hvorvidt statens innsats for å varsle kreditorer i et konkursbo var tilfredsstillende etter EMK artikkel 6. I EMDs vurdering ble det, blant annet, lagt vekt på at klager var en eldre mann som ikke hadde datamaskin eller behersket internett. Dermed ville heller ikke mediesaker om konkursboet være egnet til å varsle klager. Det forelå dermed brudd på EMK artikkel 6.<sup>116</sup>

Oppsummert viser forpliktelsene etter CRPD at staten har en plikt til å legge til rette for at personer får tilgang til viktig informasjon om seg selv og samfunnet, samt at ulike private og offentlige tjenester gjøres tilgjengelige for alle uavhengig av deres funksjonsnivå. Også EMK er relevant for disse forpliktelsene. Hvor langt forpliktelsene rekker, avhenger av omstendighetene i den konkrete saken.

## 6.2 Nasjonalt rammeverk

Myndighetene har tatt flere initiativ på feltet. Likestillings- og diskrimineringsloven har flere bestemmelser om universell utforming for offentlige og private virksomheter.<sup>117</sup> Det finnes også en egen forskrift om universell utforming for IKT-løsninger.<sup>118</sup>

I tillegg har regjeringen lagt frem Stortingsmelding 27 (2015–2016) *Digital agenda for Norge*. Meldingen konkretiserer flere hovedprioriteringer, herunder styrket digital kompetanse og deltakelse gjennom alle faser i livet. Meldingen omhandler likevel ikke eldre spesifikt.

## 6.3 Kunnskapsgrunnlaget

Selv om mange eldre benytter seg av digitale løsninger på en aktiv og god måte, er det flere som ikke har digital kompetanse overhodet. For eksempel viser tall fra SSB for 2018 at 87 % av personer mellom 65 og 74 år hadde brukt internett de siste tre månedene. I aldersgruppen 75–79 år var tallet noe mindre; 67 %.<sup>119</sup> 45 % av dem mellom 65 og 74 år hadde brukt sosiale medier de siste tre månedene; for dem mellom 75–79 år var tallet 24 %.<sup>120</sup>

I 2014 publiserte SIFO<sup>121</sup> rapporten *Eldres bruk av digitale verktøy og internett*. Rapporten kartlegger hvordan personer mellom 61 og 100 år bruker digitale verktøy og internett.<sup>122</sup>

Rapporten viser at 74 % har tilgang til datamaskin med internett, og 37 % prosent har tilgang til nettbrett eller smartmobil med internett. 87 % bruker internett daglig/ukentlig på datamaskin. For internettbruk på nettbrett er tallet 42 %. Rapporten viser videre at mange eldre bruker både

<sup>116</sup> *Zavodnik v. Slovenia* (53723/13) særlig avsnitt 79–80. EMD går også langt i å generalisere retten til innsyn som en del av informasjonsfriheten etter EMK artikkel 10, jf. *Magyar Helsinki Bizottság v. Ungarn* (18030/11). I den saken uttalte også EMD at statene ikke har en direkte aktivitetsplikt etter EMK artikkel 10 til å tilrettelegge for at man kan bruke sin ytrings- og informasjonsfrihet. En slik aktivitetsplikt står antageligvis sterkere etter Grunnloven § 100 siste ledd; dette vil ikke analyseres nærmere i denne rapporten. Også EMK artikkel 14 om forbudet mot diskriminering kan være relevant for spørsmålet om universell utforming og informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang.

<sup>117</sup> Lov om likestilling og forbud mot diskriminering av 16. juni 2017 kapittel 3.

<sup>118</sup> Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger av 21. juni 2013.

<sup>119</sup> Tallene er tilgjengelige på: <https://www.ssb.no/statbank/table/06995/tableViewLayout1/>.

<sup>120</sup> Tallene er tilgjengelige på: <https://www.ssb.no/statbank/table/11437/tableViewLayout1/>.

<sup>121</sup> Forbruksforskningsinstituttet.

<sup>122</sup> *Eldres bruk av digitale verktøy og internett: En landsdekkende undersøkelse av mestring, støttebehov, motivasjon og hindringer*, Dag Slette-meås, Oppdragsrapport nr. 5-2014. Rapporten er basert på survey-data samlet inn av Norstat i oktober/november 2014, bestående av 1000 eldre respondenter i alderen 61–100 år som er kontaktet per telefon.

internettjenester (eksempel: 41 % søker etter informasjon daglig, 58 % leser nyheter daglig, 17 % bestiller billetter månedlig) og offentlige netttjenester (eksempel: 55 % har brukt Skatteetaten de siste 12 månedene, 63 % har tatt i bruk elektronisk ID til offentlige netttjenester).

Samtidig viser rapporten at flere har behov for digital assistanse fra familie og venner, for eksempel trenger 68 % assistanse til å installere programvare og 45 % til å rette opp tekniske feil. Til tross for at mange føler mestring og håndtering av IKT, mener 36 % at dataspråk er krevende å forstå, 23 % har behov for veiledning fra andre og 22 % er redde for å gjøre feil på nett.

Undersøkelsen har også sett på hvorfor en del eldre ikke bruker internett. Omtrent 63 % av disse oppgir at de ikke har behov for internett og 57 % oppgir at de ikke har interesse for internett. Videre mener 38 % at de er for gamle til å lære om internett, og 28 % mener at internettbruk er for vanskelig for dem. Respondentene oppgir også motstand mot teknologiutvikling og digitalisering, manglende tillit til sikkerheten på internett, funksjonsnedsettelse som gjør det vanskelig å bruke internett og at de ikke har råd til utstyr og abonnement som grunner til at de ikke bruker internett. Årsakene er med andre ord sammensatte, men manglende behov og/eller interesse og manglende kunnskap om bruk av internett står sentralt.

Selv om disse respondentene ikke er internettbrukere selv, har de likevel hatt befatning med internett på ulike måter: 48 % har bedt andre om hjelp til å utføre tjenester på internett, 22 % bor sammen med noen som bruker internett, og 13 % har brukt internett tidligere. Et viktig poeng er at hele 71 % av personene som ikke selv bruker internett mener at de klarer seg svært godt uten.

Når det gjelder sammenhengen mellom nedsatt funksjonsevne og IKT-bruk, hevder 14 % av eldre nettbbrukere med funksjonsnedsettelse at funksjonsnedsettelsen hindrer fullverdig bruk av internett og digitalt utstyr (25 % av 81–100-åringene).

#### **6.4 Menneskerettslige utfordringer**

NIM mener at det er en menneskerettslig utfordring for myndighetene å nå frem til og tilrettelegge for at alle eldre får den informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgangen de har krav på etter CRPD og EMK.

Tallene viser at mange eldre ikke er har digital kompetanse overhodet. 1 av 3 av dem mellom 65 og 74 år hadde brukt sosiale medier de siste tre månedene, mens 1 av 5 mellom 75 og 79 år hadde gjort det samme, jf. tall fra SSB. Tall fra SIFO viser for eksempel at, av dem med tilgang til internett, så bruker 87 % og 42 % internett daglig/ukentlig på henholdsvis datamaskin og nettbrett. Bakgrunnen for dette er sammensatt, men en av begrunnelsene er at internettbruk oppleves som

for vanskelig. For dem som har noe digital kompetanse, er det flere som har behov for digital assistanse fra familie og venner for å kunne benytte seg av internettbaserte tjenester fullt ut. Flere opplyser at funksjonsnedsettelse hindrer fullverdig bruk av internett og digitalt utstyr – dette gjelder for hele 1 av 5 over 81 år.

Det er mange mulige konsekvenser av ikke å bruke digitale verktøy og internett er mangeartede. Praktiske eksempler er svekket mulighet til å kommunisere med offentlige myndigheter, til å tilegne seg viktig informasjon om seg selv eller samfunnsforhold, eller til å gjennomføre små, daglige gjøremål. I tillegg til å utfordre retten til universell utforming etter menneskerettighetene, kan slike begrensninger også utfordre muligheten til full realisering av andre menneskerettigheter. Dette gjelder for eksempel ytringsfriheten, retten til helse og retten til privatliv.

---

#### UTFORDRING

- ▶ Det er en menneskerettslig utfordring å nå frem til alle eldre og tilrettelegge for at de får den informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgangen de har krav på i et samfunn der stadig flere tjenester bare er tilgjengelig digitalt.
-



psykiatriske pasienter for å finne veiledning til hvordan man skal vurdere om EMK artikkel 3 er krenket overfor eldre i tvangsbehandlingssituasjoner på sykehjem eller institusjon.<sup>127</sup>

For det første har EMD tolket bestemmelsen slik at det må finnes effektive undersøkelsesmekanismer og straffe- eller disiplinærsystemer som kan undersøke påstander om umenneskelig eller nedverdiggende behandling (det prosessuelle elementet av bestemmelsen).<sup>128</sup>

I tillegg kreves det at selve behandlingen pasienten mottar ikke skal være i strid med forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling (det materielle elementet). Domstolen ser først på om behandlingen oppfyller kravene til alvorlighet under EMK artikkel 3. I denne vurderingen vil mange forhold spille inn, for eksempel kjønn, alder, helsetilstanden til vedkommende og forhold rundt behandlingen. Pasienters sårbarhet er også viktig i vurderingen. Behandling som er smertefull eller skaper stor grad av engstelse kan oppfylle kravet til hva som utgjør umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dersom behandlingen oppfyller minstekravene til hva som utgjør umenneskelig eller nedverdiggende behandling, vurderer EMD om behandlingen likevel var medisinsk nødvendig, og dermed lovlig, til tross for det ubehaget den har medført for pasienten. Dette

innebærer at en både skal se hen til medisinske og rettslige standarder, der det minste inngreps prinsipp er sentralt.<sup>129</sup>

Dersom tvangsbehandlingen ikke utgjør nedverdiggende behandling etter EMK artikkel 3, blir spørsmålet om den overskrider terskelen for hva som er tillatt etter EMK artikkel 8 nr. 2 (offentlig inngrep i privatlivet).<sup>130</sup> Retten til privatliv i EMK artikkel 8 nr. 1 gir alle vern mot ufrivillige inngrep i enkeltindividets fysiske og psykiske integritet.<sup>131</sup> I vurderingen av om behandlingen var i strid med EMK artikkel 8 nr. 2 er det også her et viktig moment om helsehjelpen følger det minste inngreps prinsipp og om de negative konsekvensene av behandlingen står i forhold til det man ønsker å oppnå.

Etter EMDs praksis gir også artikkel 8 statene en handlingsplikt til å sørge for at sykehus og institusjoner har adekvate systemer som kan beskytte pasientenes fysiske integritet. I tillegg kreves det at myndighetene sørger for at pasienter som er utsatt for feilbehandling, har en reell adgang til å få prøvd om de kan få kompensasjon for feilbehandlingen.<sup>132</sup> Staten må også sørge for at helsepersonell vurderer konsekvensene av en planlagt medisinsk behandling og informerer pasientene sine på forhånd på en måte som gjør at pasientene har mulighet til å gi et informert samtykke.<sup>133</sup> Et

<sup>127</sup> Så vidt NIM kan se finnes ingen praksis fra EMD for institusjoner for eldre. I juridisk teori er det antatt at forpliktelsene etter EMK artikkel 3 vil komme til anvendelse ved tvangsopphold eller opphold med elementer av tvang på sykehjem eller andre institusjoner for eldre, se Henriette Sinding Aasens artikkel i *The right to health protection for the elderly: Key elements and state obligations*, publisert i Health and Human Rights, Intersentia 2012, samt den tidligere nasjonale institusjonens rapport *Menneskerettigheter i norske sykehjem* s. 14–15.

<sup>128</sup> *M.S. v Kroatia*, (75450/12) avsnitt 74 flg. og *Bures v. Tsjekkia* (37679/08) avsnitt 121 flg.

<sup>129</sup> *Herczegfalvy v. Østerrike*, (10533/83), *M.S. v Kroatia*, (75450/12) og *Bures v. Tsjekkia* (37679/08). Se også den tidligere nasjonale institusjonens rapport *Menneskerettigheter i norske sykehjem* s. 14–15.

<sup>130</sup> En sier ofte at det er en glidende overgang mellom forhold som faller inn under artikkel 3 og 8, der de mest alvorlige forholdene faller inn under artikkel 3 og 8, mens mindre alvorlige forhold kun faller inn under artikkel 8.

<sup>131</sup> Se kapittel 6.

<sup>132</sup> *Vasileva v. Bulgaria* (23796/10) avsnitt 63; *Ibrahim Keskin v. Tyrkia* (10491/12) avsnitt 60–65.

<sup>133</sup> *Vasileva v. Bulgaria* (23796/10) avsnitt 69.

informert samtykke innebærer for eksempel at en pasient må få vite om bivirkninger og skadepotensiale ved den aktuelle behandlingen.

Avhengig av situasjon vil bestemmelsene i ØSK og EMK i ulik grad komme til anvendelse, og da vil flere av momentene som er trukket frem her kunne være relevante.

## 7.2 Nasjonalt rammeverk

I norsk sammenheng er det tradisjon for sterk rettighetstenkning når det gjelder helse. Helsehjelp reguleres for eksempel av pasient- og brukerrettighetsloven, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven og lov om psykisk helsevern.<sup>134</sup> Retten til helsehjelp realiseres gjennom de offentlige helsebudsjettene og prioriteringer innenfor de ulike helseforetakene. Prosessuelle sider ved menneskerettsforpliktelsene ivaretas gjennom en rekke tilsynsmyndigheter for sykehus, institusjoner og helsepersonell.

I 2018 lanserte regjeringen Stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Hensikten med meldingen er blant annet å bidra til flere gode leveår der eldre beholder god helse lenger og der de får den helsehjelpen de trenger når de har behov for den.<sup>135</sup> Gjennomføringen av meldingens innhold skal skje ved at kommunene skal ta stilling til løsningsforslagene i stortingsmeldingen, og gjennomføre de av tiltakene som passer forholdene i deres distrikter. Ifølge meldingen pålegges ikke kommunene nye krav eller oppgaver.<sup>136</sup>

Meldingen har fem innsatsområder, der to av dem er *Mat og måltider* og *Helsehjelp*.<sup>137</sup> Underernæring og uheldig legemiddelbruk er begge nevnt under de to innsatsområdene. *Leve hele livet* har flere forslag til hvordan kommunene kan ta tak i underernæring hos eldre, og fokuserer på fem tiltaksområder: det gode måltid, måltidstider, valgfrihet og variasjon, systematisk ernæringsarbeid og kjøkken og kompetanse lokalt.<sup>138</sup> Meldingen nevner også et tiltak for å styrke forsvarlig legemiddelbruk hos eldre, nemlig den allerede pågående nasjonale satsingen for å etablere pasientens legemiddelliste på tvers av primær- og spesialisthelsetjenesten.<sup>139</sup>

Myndighetene har også iverksatt det femårige, nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet (2014–2018) som skal redusere pasientskader ved hjelp av målrettede tiltak i hele helsetjenesten.<sup>140</sup> To av programmets innsatsområder er forebygging av underernæring og riktig legemiddelbruk.

## 7.3 Kunnskapsgrunlaget – underernæring

I sin situasjonsbeskrivelse av ernæringsproblematikken uttales følgende i *Leve hele livet*:

*Helsedirektoratet anslår at rundt en tredjedel av eldre pasienter i sykehus og i helse- og omsorgstjenesten i kommunene er underernært eller i risiko for underernæring. Dette i seg selv kan gi økt risiko for fall, gjentatte sykehusinnleggelse, trykksår, manglende sårtilheling og død. Underernæring hos eldre reduserer også motstanden mot eventuelle*

<sup>134</sup> Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999, lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011, lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern av 2. juli 1999, lov om helsepersonell m.v. av 2. juli 1999.

<sup>135</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 1.1, s. 10.

<sup>136</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 1.3, s. 12.

<sup>137</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 1.2, s. 10.

<sup>138</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 6, s. 107 flg.

<sup>139</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 7, s. 125.

<sup>140</sup> Informasjon om programmet er tilgjengelig på [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)



*infeksjoner og forverrer fysisk og mental funksjon. Underernærte eldre har lengre liggetid i sykehus og har større behov for tjenester i kommunen i form av flere hjemmetjenester, tidligere behov for institusjonsplass og flere legebesøk.<sup>141</sup>*

I SSBs rapport *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017* omtales også ernærings situasjonen til eldre på sykehjem.<sup>142</sup> Kartlegging av ernæring skal vurderes ved innleggelse for alle beboere på sykehjem. Deretter skal den gjentas månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.<sup>143</sup> Tallene viser at litt over halvparten av 47 000 tjenestemottakere på langtidsopphold på institusjon har fått gjennomført en ernæringskartlegging i løpet av 2017. Over en tredjedel (9000 personer) ble vurdert å ha en ernæringsmessig risiko. For 20 % av dem som er på langtidsopphold, er det uklart om det er gjennomført en ernæringskartlegging.

#### **7.4 Kunnskapsgrunnlaget – uheldig legemiddelbruk**

Når det gjelder legemiddelbruk, uttales følgende i *Leve hele livet*:

*Mange eldre har flere sykdommer og må bruke flere legemidler. Samtidig er det et stort problem at antall legemidler øker risikoen for*

*interaksjoner. Data fra 2015 viser at halvparten av legemiddelbrukere 70 år og eldre fikk utlevert fem eller flere typer legemidler i løpet av ett år, mens 11 prosent fikk ti eller flere ulike legemidler. Hos eldre kan aggressiv legemiddelbehandling gjøre mer skade enn nytte. For å unngå skadelige effekter og bivirkninger er det viktig at legemiddelbruken hos eldre følges nøye opp med regelmessige kontroller og legemiddelgjennomganger, i tråd med krav til fastleger og sykehjem.<sup>144</sup>*

I nevnte rapport fra SSBs omtales også legemiddelgjennomgang overfor eldre på sykehjem.<sup>145</sup> Legemiddelgjennomgang skal sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres.<sup>146</sup> 60 % av alle institusjonsbeboere fikk gjennomført legemiddelgjennomgang i løpet av 2017, mens 16 % er registrert som at de ikke har hatt slik gjennomgang. Tallene viser også at det for 20 % av dem som er på langtidsopphold, mangler rapportering av om det er gjennomført legemiddelgjennomgang.

I en doktoravhandling fra 2017 om uheldig medisinering av eldre ble en av fire foreskrivninger av medikamenter vurdert å være uheldig. Eldre leger som jobbet alene med mange pasienter hadde flest slike uheldige foreskrivninger.<sup>147</sup> Avhandlingen

<sup>141</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 6, s. 105.

<sup>142</sup> *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*, Mørk, Beyer, Haugstveit, Sundby, Karlsen, Rapport 2018/26, s. 19. Tallene må leses med forsiktighet, idet rapporteringen til IPLoS er ny fra og med 2016. Dette betyr at det tar noe tid for kommunene å komme i gang med rapporteringen.

<sup>143</sup> *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, IS-1580, Helsedirektoratet, s. 8.

<sup>144</sup> Meld. St. 15 *Leve hele livet* (2017–2018) kapittel 7, s. 125.

<sup>145</sup> *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017*, Mørk, Beyer, Haugstveit, Sundby, Karlsen, Rapport 2018/26, s. 18–19. Tallene må leses med forsiktighet, idet rapporteringen til IPLoS er ny fra og med 2016. Dette betyr at det tar noe tid for kommunene å komme i gang med rapporteringen.

<sup>146</sup> *Veileder om legemiddelgjennomganger*, IS-1998, Helsedirektoratet.

<sup>147</sup> *Inappropriate prescribing to older patients: criteria, prevalence, and an intervention to reduce it The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study – A cluster-randomized educational intervention in Norwegian general practice*, Sture André Rognstad, UiO.

har blant annet utarbeidet en liste over 36 legemiddelkombinasjoner som bør unngås til eldre.

I 2018 ble det publisert enda en doktoravhandling om uheldig medisinerings av eldre.<sup>148</sup> 35 % av de hjemmeboende eldre og 44 % av beboerne i de undersøkte sykehjemmene brukte minst ett legemiddel, eller en kombinasjon av legemidler, som man kan karakterisere som potensielt uheldig. Kvinner har høyere risiko for å bruke slike legemidler enn menn. Avhandlingen uttalte også at uheldig legemiddelforeskrivning til eldre er så stor at den kan karakteriseres som en helserisiko i seg selv.

### 7.5 Menneskerettslige utfordringer

NIM mener at underernæring og uheldig legemiddelbruk i eldreomsorgen er en menneskerettslig utfordring for myndighetene på både statlig og kommunalt nivå.

Uriktig ernæring kan få alvorlige konsekvenser for pasienten. I retten til helse ligger et krav til tilgang til trygg mat, og under visse omstendigheter kan derfor en underernært pasient utfordre denne delen av rettighetene under ØSK artikkel 12. I situasjoner der vedkommende bor på sykehjem eller institusjon mot sin vilje, eller utsettes for tvang i institusjon, vil underernæring kunne være et element som i ytterste konsekvens kan gjøre at norske myndigheter også risikerer å krenke sine forpliktelser etter EMK artikkel 3 eller 8 overfor den enkelte pasient. Underernæring kan være brudd på retten til forsvarlig helsehjelp.

Også uriktig legemiddelbruk harmonerer dårlig med retten til det høyest oppnåelige helsetilbudet i Norge. Det kan dermed utfordre retten til helse

i ØSK artikkel 12. I ytterste konsekvens kan uriktig legemiddelbruk også utfordre rettighetene etter EMK artikkel 3 og 8. Uriktig legemiddelbruk kan være brudd på retten til forsvarlig helsehjelp.

Myndighetene har satt i gang flere tiltak for å møte disse utfordringene, blant annet igjennom Stortingsmeldingen *Leve hele livet*. Det er positivt. Samtidig understreker NIM at det er viktig å undersøke og overvåke om tiltakene fører til en faktisk bedring i helsesituasjonen til eldre. NIM merker seg at *Leve hele livet* fremstår lite forpliktende overfor kommunene, og at det derfor blir spesielt viktig å evaluere om tiltakene i meldingen blir fulgt opp og får effekt.

I november 2018 kom Riksrevisjonen med en rapport om kvaliteten i eldreomsorgen hvor det særlig er fokus på underernæring og feil legemiddelbruk.<sup>149</sup> I rapporten heter det blant annet: «Mange eldre er underernært, og det er behov for å styrke arbeidet med å forebygge og behandle underernæring. Problemene knyttet til legemidler handler blant annet om bruk av for mange legemidler, uheldige kombinasjoner av legemidler og manglende oversikt over legemiddelbruken».<sup>150</sup>

---

#### UTFORDRING

- ▶ Det er en menneskerettslig utfordring at det er for lite kunnskap om kvaliteten på eldreomsorgen generelt, og at mange eldre er underernærte og/eller utsettes for uheldig legemiddelbruk.
- 

<sup>148</sup> *Inappropriate Medication Use in the Elderly – A Modern Epidemic*, Gunhild Alvik Nyborg, UiO.

<sup>149</sup> Dokument 3:5 (2018–2019) *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*, overlevert Stortinget 20. november 2018.

<sup>150</sup> Dokument 3:5 (2018–2019) *Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen*, overlevert Stortinget 20. november 2018, s. 10.









Innst. 186 S (2013–2014): Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om grunnlovsforslag fra Per-Kristian Foss, Martin Kolberg, Marit Nybakk, Jette F. Christensen, Anders Anundsen, Hallgeir H Langeland, Per Olaf Lundteigen, Geir Jørgen Bekkevold og Trine Skei Grande om grunnlovfesting av sivile og politiske menneskerettigheter, med unntak av romertall X og romertall XXIV

Meld. St. 39 (2015–2016): Individklageordningene til FNs konvensjoner om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, barnets rettigheter og rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

Prop. 66 S (2016–2017): Samtykke til ratifikasjon av Europarådets konvensjon av 11. mai 2011 om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner

Prop. 12 S (2016–2017): Opptappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021)

Prop. 71 L (2016–2017): Endringer i helselovgivningen (overføring av det offentlige tannhelsetjenesteansvaret, lovfesting av kompetansekrav m.m.)

Prop. 81 L (2016–2017): Lov om likestilling og forbud mot diskriminering (likestillings- og diskrimineringsloven)

Meld. St. 15 (2017–2018): Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre

JDLOV-2018-119: Lovavdelingens tolkningsuttalelse om vergemålsloven §§ 20 og 33

Rundskriv IS-8/2015: Pasient- og brukerrettighetsloven med kommentarer

## HØYESTERETTSPRAKSIS

Rt. 2005 s. 833

Rt. 2013 s. 588

Rt. 2015 s. 193

HR-2016-2017-A

HR-2016-2591-A

HR-2018-2096-A

## HANDLINGSPLANER

Barne- og likestillingsdepartementet, Trygghet, mangfold, åpenhet: Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020

Justis- og beredskapsdepartementet, Et liv uten vold: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner 2014–2017

## INTERNASJONALE KONVENSJONER

EMK: Den europeiske menneskerettskonvensjon (4. november 1950)

SP: FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (16. desember 1966)

ØSK: FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (16. desember 1966)

FNs kvinnekonvensjon: FNs konvensjon om å avskaffe alle former for diskriminering mot kvinner (18. desember 1979)

FNs torturkonvensjon: FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (22. januar 1984)

FNs barnekonvensjon: FNs konvensjon om barnets rettigheter (20. november 1989)

CRPD: FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (13. desember 2006)

Istanbulkonvensjonen: Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner (11. mai 2011)

### **AVGJØRELSER FRA DEN EUROPEISKE MENNESKERETTSDOMSTOL (EMD)**

Herczegfalvy v. Østerrike: Judgement of 24 September 1992 (10533/83)

Z og andre v. Storbritannia: Judgement of 10 May 2001 (29392/95)

Pretty v. Storbritannia: Judgement of 29 April 2002 (2346/02)

Van Kück v. Tyskland: Judgement of 12 June 2003 (35968/97)

Y.F v. Tyrkia: Judgement of 22 July 2003 (24209/94)

Glass v. UK: Judgement of 9 March 2004 (61827/00)

Storck v. Tyskland: Judgement of 16 June 2005 (61603/00)

Slawomir Musial v. Polen: Judgement of 20 January 2009 (28300/06)

Opuz v. Tyrkia: Judgement of 9 June 2009 (33401/02)

Schwizgebel v. Sveits: Judgement of 10 June 2010 (25762/07)

X v. Finland: Judgement of 3 July 2012 (34806/04)

Bures v. Tsjekkia: Judgement of 18 October 2012 (37679/08)

Arskaya v. Ukraina: Judgement of 5 December 2013 (45076/05)

M.S. v Kroatia: Judgement of 19 February 2015 (75450/12)

Identoba og andre v. Georgia: Judgement of 12 May 2015 (73235/12)

Zavodnik v. Slovenia: Judgement of 21 May 2015 (53723/13)

Vasileva v. Bulgaria: Judgement of 17 March 2016 (23796/10)

Magyar Helsinki Bizottság v. Ungarn: Grand Chamber Judgement of 8 November 2016 (18030/11)

Khamtokhu og Aksenchik v. Russland: Judgement of 24 January 2017 (60367/08)

Ibrahim Keskin v. Tyrkia: Judgement of 27 March 2018 (10491/12)

### **UTTALELSER FRA EUROPARÅDET**

Explanatory Report: Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, (11. mars 2011) CETS No. 210

### **UTTALELSER FRA FN-ORGANER**

ØSK-komiteen:

Generell kommentar nr. 14: General Comment No. 14 (11. august 2000)

Generell kommentar nr. 20: General Comment No. 20 (2. juli 2009)

CRPD-komiteen:

Generell kommentar nr. 1: General Comment No. 1 (19. mai 2014)



Andre FN-organer:

FNs uavhengige ekspert på menneskerettigheter for eldre, Report of the Independent Expert on the Enjoyment of all human rights by older persons, 8. juli 2016 (A/HRC/33/44)

### **RAPPORTER, FORSKNING OG JURIDISK TEORI**

Aasen H.S., 'The right to health protection for the elderly: Key elements and state obligations' i Toebes B., Hartlev M., Hendriks A. og Herrmann Rothmar J (red.), Health and Human Rights in Europe, Cambridge, Intersentia, 2012

Barstad A., Humanitære behov i Norge, Statistisk sentralbyrå og Røde Kors, 2017

European Union Agency for Fundamental Rights og Europarådet, Handbook on European non-discrimination law, Publications office of the European Union, 2018

Helsedirektoratet, Veileder om legemiddelgjennomganger, IS-1998

Helsedirektoratet, Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring, IS-1580, 2009

Helsetilsynet, Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem, april 2013

Kjelby G.J., Påtalerett, Oslo, Cappelen Damm Akademisk, 2017

Kristiansen H.W., og Lescher-Nuland B.R., 'Aldring, livsløp og omsorgsbehov' i Grønningsæter B.a., Kristiansen H.W. og Lescher-Nuland (red), Holdninger, levekår og livsløp: forskning om lesbiske, homofile og bifile, Universitetsforlaget, 2013

Larsen K.M., Konsekvenser ved eventuell norsk tilslutning til den valgfrie protokollen om individuell klagerett til FN-konvensjonen om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne, avgitt til Utenriksdepartementet 25. juli 2015

Likestillings- og diskrimineringsombudet, CRPD 2015: Ombudets rapport til FNs komité for rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne – et supplement til Norges første periodiske rapport, 2015

Malmedal W., Inadequate care, abuse and neglect in Norwegian nursing homes, PhD, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, 2013

Malmedal W., Iversen M.H., Sæbø Frengen V. og Kilvik A., Dette skjer ikke! Eller gjør det? Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem, NTNU, januar 2016

McClimans E.L., Aune H. og Ranheim M.R., Utredning av behovet for et utvidet vern mot diskriminering på grunn av alder, 2014

Mørk E., Beyrer S., Haugstveit F.V., Sundby B., Karlsen H.T., Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017, Rapporter 2018/26, Statistisk sentralbyrå

Myhre M., Borchgrevink C. og Sommerfeldt M., Oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner, Rapport nr. 4 2015, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2015

Nasjonal institusjon for menneskerettigheter ved Norsk senter for menneskerettigheter, UiO, Menneskerettigheter i norske sykehjem, 2014

Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter, Strategi 2016–2020

Nyborg G.A., Inappropriate Medication Use in the Elderly – A Modern Epidemic, PhD, Universitetet i Oslo, 2018

Otnes B., Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem: Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester, Notater 2018/28

Riksrevisjonen, Riksrevisjonens undersøkning av korleis vergemålsreformen er sett i verk, Dokument 3:6 (2017–2018)

Riksrevisjonen, Riksrevisjonens undersøkelse av tilgjengelighet og kvalitet i eldreomsorgen, Dokument 3:5 (2018–2019)

Rognstad S.A., Inappropriate prescribing to older patients: criteria, prevalence, and an intervention to reduce it, The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study, a cluster-randomized educational intervention in Norwegian general practice, PhD, UiO, 2017

Sandmoe A., Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?, Rapport nr. 9 2016, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2016

Sandmoe A., Wentzel-Larsen T. og Hjemdal O.K., Vold og overgrep mot eldre personer. En nasjonal forekomststudie, Rapport nr. 9 2017, Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS), 2017

Skarstad K., Ensuring human rights for persons with intellectual disabilities? Self-determination policies and the use of force in the case of Norway, PhD, Institutt for statsvitenskap, Universitetet i Oslo, 2018

Slette-meås D., Eldres bruk av digitale verktøy og internett: En landsdekkende undersøkelse av mestring,

støttebehov, motivasjon og hindringer, Oppdragsrapport nr. 5-2014, Forbruksforskningsinstituttet

Stubberud E., Hovde K. og Aarbakke M.H., The Istanbul Convention – The Nordic Way, Forlaget Nora, 2018

Syse A., Norsk lovkommentar pasient- og brukerrettighetsloven § 4A-3, sist redigert 8. september 2018 ([www.rechtsdata.no](http://www.rechtsdata.no)), note 174

Syse A., Pham D.Q. og Keilman N., Befolkningsfremskrivninger 2016–2100: Dødelighet og levealder, Statistisk sentralbyrå, 2016

Ulfstein G., Høyesteretts anvendelse av traktatorganers tolkningspraksis, Lov og Rett 07/2016

Verdens helseorganisasjon (WHO), International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD)

Viblemo T., Emblem A. og Ellingsen F., Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A: Evalueringsrapport fra Oxford Research AS, Oxford Research AS, 2013

#### **ANDRE KILDER:**

Helsedirektoratets nettsider om pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A: <https://helsedirektoratet.no/lover/pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a#om-pasient-og-brukerrettighetsloven-kapittel-4a>

FNs arbeidsgruppe på eldres rettigheter: <https://social.un.org/ageing-working-group/>

NIMs metode for prioriteringer: [www.nhri.no](http://www.nhri.no)

Pasientsikkerhetsprogrammet: [www.pasientsikkerhetsprogrammet.no](http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no)

Likestillings- og diskrimineringsombudet: [www.ido.no](http://www.ido.no)



**Norges institusjon for  
menneskerettigheter**

**Postadresse**  
Postboks 299 Sentrum  
0103 Oslo

**Besøksadresse**  
Akersgata 8  
0158 Oslo

**Tel:** 23 31 69 70  
**Epost:** [info@nhri.no](mailto:info@nhri.no)  
[www.nhri.no](http://www.nhri.no)