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, bifile, 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

Omslagsfoto: rawpixel, Unsplash

Innhold

FORORD 4

SAMMENDRAG 6

1. INNLEDNING 8
1.1 Rapportens tema og formål 8
1.2 Rapportens tilblivelse, oppbygning og avgrensninger 10
1.3 Menneskerettighetenes gjennomslagskraft i norsk rett 10

2. VERGEMÅL OG RETTSLIG HANDLEEVNE 14
2.1 Menneskerettslige normer 14
2.2 Nasjonalt rammeverk 15
2.3 Kunnskapsgrunnlaget 16
2.4 Menneskerettslige utfordringer 17

3. VOLD OG SEKSUELLE OVERGREP MOT ELDRE 20
3.1 Menneskerettslige normer 20
3.2 Nasjonalt rammeverk 21
3.3 Kunnskapsgrunnlaget 23
3.4 Menneskerettslige utfordringer 24

4. TVUNGEN HELSEHJELP 26
4.1 Menneskerettslige normer 26
4.2 Nasjonalt rammeverk 27
4.3 Kunnskapsgrunnlaget 27
4.4 Menneskerettslige utfordringer 28

5. ALDERSDISKRIMINERING UTENFOR ARBEIDSLIVET 30
5.1 Menneskerettslige normer 30
5.2 Nasjonalt rammeverk 31
5.3 Menneskerettslige utfordringer 32

6. UNIVERSELL UTFORMING – INFORMASJONS-, KOMMUNIKASJONS- OG TJENESTETILGANG 34
6.1 Menneskerettslige normer 34
6.2 Nasjonalt rammeverk 35
6.3 Kunnskapsgrunnlaget 35
6.4 Menneskerettslige utfordringer 36

7. HELSEHJELP, UNDERERNÆRING OG UHELDIG LEGEMIDDELBRUK 38
7.1 Menneskerettslige normer 38
7.2 Nasjonalt rammeverk 40
7.3 Kunnskapsgrunnlaget – underernæring 40
7.4 Kunnskapsgrunnlaget – uheldig legemiddelbruk 41
7.5 Menneskerettslige utfordringer 42

8. ELDRE LHBTI-PERSONERS MØTE MED HELSE- OG OMSORGSTJENESTEN 44
8.1 Menneskerettslige normer 44
8.2 Kunnskapsgrunnlaget 44
8.3 Menneskerettslige utfordringer 45

LITTERATURLISTE 46

Forord

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) har som lovpålagt mandat «å fremme og beskytte menneskerettighetene».[1] I dette ligger det en forpliktelse til å «bidra til å styrke gjennomføringen av menneskerettighetene» i Norge.[2]

Vi skal si klart fra hvis menneskerettighetene krenkes. Det innebærer også at vi skal peke på svakheter i lovverk eller praksis som bidrar til å øke risikoen for brudd på menneskerettighetene. Forebygging av slike brudd ligger i kjernen av vårt mandat, og vi skal være en faglig fundert rådgiver og pådriver for at menneskerettighetene ivaretas på en effektiv måte.[3]

En viktig side ved dette arbeidet er å skape større bevissthet om statens menneskerettslige forpliktelser. Vi peker på styrker og svakheter ved oppfyllelsen av disse forpliktelsene. På denne måten kan vi belyse hvordan staten bedre kan ivareta sin plikt til å sikre menneskerettighetene.

Med denne temarapporten ønsker vi å belyse noen menneskerettslige utfordringer som berører eldre. Vi har analysert rettslige og faktiske grunnlag på ulike områder, og vi omtaler forhold som gir grunn til bekymring. SSB har anslått at andelen av befolkningen som er over 70 år vil dobles i tiden fremover, med en estimert økning fra 600 000 personer i dag, til 1,3 millioner i 2060. Utfordringene vi ser i dag, vil med andre ord ikke minke med mindre det tas målrettede grep.

Rapporten er blitt til ved hjelp av innspill fra relevante aktører på feltet. Vi er takknemlige overfor alle som tok seg tid til å møte oss eller sende oss innspill. Det er betryggende å vite at problemforståelsen er gjenkjennelig for flere. Vi ser frem til videre konsultasjoner og samarbeid med flere i arbeidet for å sikre eldres menneskerettigheter.

God lesning!

Adele Matheson Mestad
konstituert direktør

Kristin Høgdahl
seniorrådgiver

Stine Langlete
seniorrådgiver

[1] NIM-loven § 1.
[2] NIM-loven § 3.
[3] Se nærmere i vår strategi der vi blant annet har bestemt at NIM skal «påvirke og bidra til et styrket menneskerettsvern» (strategien s. 7). Tilgjengelig på www.nhri.no.

«Noting that between 2017 and 2030, the number of persons aged 60 years or over is projected to grow by 46 per cent, from 962 million to 1.4 billion, globally outnumbering youth, as well as children under the age of 10, and that this increase will be the greatest and the most rapid in the developing world, and recognizing that greater attention needs to be paid to the specific challenges affecting older persons, including in the field of human rights.»

FNs generalforsamling
Resolusjon vedtatt 17. desember 2018, A/73/581

Sammendrag

Denne rapporten belyser menneskerettslige utfordringer for eldre. Eldre er en uensartet gruppe. Mange er ressurssterke livet ut, mens andre opplever ulike former for utfordringer som gjør dem særlig sårbare.

Innledningsvis redegjør vi for rapportens tema, formål og tilblivelse (kapittel 1.1–1.2). Deretter følger en oversikt over menneskerettighetenes gjennomføring i norsk lovgivning. Videre drøfter vi betydningen av de internasjonale menneskerettighetskonvensjonene i norsk rett og betydningen av internasjonale organers tolkninger av konvensjonene (kapittel 1.3).

Eldre har menneskerettsutfordringer på lik linje med andre. Rapporten kunne derfor ha omhandlet et stort antall områder. Vi har valgt ut syv områder hvor det eksisterer menneskerettsutfordringer som særlig berører denne gruppen. Temaene er belyst faktisk og rettslig, men uten at rapporten har som mål å dekke alle relevante aspekter av menneskerettssituasjonen for eldre. Hvert av de syv kapitlene avsluttes med anbefalinger eller påpekning av menneskerettslige utfordringer på det aktuelle området.

De syv temaene rapporten omhandler er:

- vergemål og rettslig handleevne
- vold og seksuelle overgrep mot eldre
- tvungen helsehjelp
- aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet
- universell utforming – informasjons-, kommunikasjons-, og tjenestetilgang
- helsehjelp, underernæring og uheldig legemiddelbruk
- eldre LHBTI-personers møte med helse- og omsorgstjenesten

Mange eldre opplever nedsatt funksjonsevne, også på det kognitive plan. I rapporten drøfter vi spørsmål knyttet til vergemål og rettslig handleevne (kapittel 2). Her gjør vi rede for det internasjonale rammeverket som Norge er bundet av (blant annet FN-konvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne). Videre påpeker vi at vergemål ofte ikke er individtilpasset, og at gjeldende lovgivning kan tolkes slik at personer uten samtykkekompetanse som kan tenkes å motsette seg vergemål, kan underlegges vergemål uten at dette behandles av en domstol. Rapporten viser til det pågående lovarbeidet om endringer i vergemålsloven, og vi anbefaler blant annet at rettsikkerheten styrkes for personer uten samtykkekompetanse.

Vold og overgrep mot eldre (kapittel 3) skjer både i hjemmet og i institusjoner. Staten har en særskilt plikt til både å forebygge, avverge og straffeforfølge vold og overgrep, også mellom privatpersoner. Et spørsmål er om staten gjør nok for å oppfylle sine forpliktelser til å hindre vold og overgrep mot eldre i nære relasjoner i henhold til blant annet Den europeiske menneskerettskonvensjonen og Istanbulkonvensjonen. Et annet spørsmål er om myndighetene gjør nok for å hindre overgrep mot personer som bor på institusjoner. Rapporten peker på at det mangler kartleggingsverktøy og rapporteringsrutiner, og

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 funksjonsnedsettelser 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. Innledning

1.1 Rapportens tema og formål

Menneskerettigheter gjelder for alle mennesker. Enkelte personer og grupper er av ulike grunner mer utsatte for at rettighetene deres ikke blir fullt ut ivaretatt. Eldre er en slik gruppe.

Alderdom arter seg på ulike måter; noen er ressurssterke livet ut, mens andre blir mer sårbare og opplever begrensninger som for eksempel nedsatt syn og hørsel, demens eller andre psykiske lidelser, samt ulike sosioøkonomiske begrensninger. Sivilstatus og familierelasjoner er eksempler på andre faktorer som også påvirker den enkeltes liv.

Ifølge FNs uavhengige ekspert på eldres menneskerettigheter vil det innen 2050 være flere eldre i verden enn barn under 15 år. Antall personer over 60 år antas doblet fra omtrent 900 millioner mennesker i dag, til nesten to milliarder i 2050.[4] I norsk sammenheng anslår SSB at andelen av befolkningen som er over 70 år, vil dobles i tiden fremover, med en estimert økning fra 600 000 personer i dag, til 1,3 millioner i 2060.[5]

Fordi antallet sårbare eldre øker, vil det også bli mer krevende for myndighetene å beskytte denne gruppens menneskerettigheter.[6] Denne temarapporten ser på eldre som en sårbar gruppe og vurderer menneskerettslige utfordringer for eldre på ulike livsområder.

Denne rapporten er bredt anlagt – hele syv livsområder er omtalt. Poenget med denne tilnærmingen er å gi et overblikk over menneskerettighetsutfordringer på alle disse områdene, heller enn å gå i dybden på noen få. Hensikten er å skape større bevissthet rundt noen av statens menneskerettslige forpliktelser på dette feltet. Vi ønsker også å identifisere sentrale utfordringer når det gjelder å sikre menneskerettighetene for eldre. Temaene behandles med noe varierende grundighet, men flere av forholdene som omtales, bør gi grunn til bekymring og krever oppfølging fra myndighetene.

Rapporten er også ment å skulle ha en nytteverdi for andre enn beslutningstakere. Alle som jobber med eller møter eldre i det daglige liv, enten det er offentlige ansatte, pårørende eller eldre selv, bør være seg bevisst statens menneskerettslige forpliktelser overfor eldre. På denne måten kan flere bidra til at myndighetene ansvarliggjøres, samtidig som den enkelte blir oppmerksom på sitt eget ansvar for å forsvare eldres menneskerettigheter. Sist, men ikke minst bør eldre selv også være klar over hvilke rettigheter de har i møte med helsevesen og annet hjelpeapparat.

[4] FNs uavhengige ekspert på menneskerettigheter for eldre i sin rapport av 8. juli 2016 (A/HRC/33/44) s. 5.

[5] *Befolkningsfremskrivinger 2016–2100: Dødelighet og levealder,* Syse, Pham og Keilman, 2016.

[6] Blant annet på denne bakgrunn har FN opprettet en arbeidsgruppe som skal identifisere behovene for en egen konvensjon om menneskerettighetene til eldre personer, se https://social.un.org/ageing-working-group/

«Det er når de eldre usynliggjøres i et samfunn at de største krenkelser av menneskeverd og rettssikkerhet skjer. Den som ikke blir sett som et individ, faller ut av fellesskapet. Vår behandling av og tenkning om de eldre, deres behov og rettigheter, gis bare mening når vi ser hver enkelt som en del av vår felles virkelighet.»

Wenche Frogn Sellæg
Geriater og tidligere sosialminister

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.[7] 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.[8] 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 presserende 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[9], menneskerettsloven[10] 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 håndhevingsorganenes uttalelser og avgjørelser. De mer spesifikke detaljene i de enkelte bestemmelsene beskrives der det er relevant i de følgende kapitlene.

[7] NIM har utviklet en metode for å samle inn rettslige og faktiske kilder som kan si noe om menneskerettssituasjonen i Norge. Overvåkningen er bredt anlagt og er ment å dekke alle menneskerettigheter. Kilder som inngår i overvåkningen 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.

[8] 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.

[9] Kongeriket Norges Grunnlov av 17. mai 1814.

[10] Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling norsk rett av 21. mai 1999.

Det er stater som forpliktes etter menneskerettighetene.[11] Statene er ansvarlig for myndighetsutøvelse på alle offentlige nivå, fra regjering til kommuner.[12]

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

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.[15] 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.[16] Høyesterett har også i nyere rettspraksis tatt i bruk Grunnloven som selvstendig skranke for statens maktutøvelse.[17]

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

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

[11] Jf. EMK artikkel 1 og Grunnloven § 92 som pålegger «statens myndigheter» å respektere og sikre menneskerettighetene.

[12] Statens myndigheter omfatter både statlige og kommunale myndigheter, jf. dok. nr. 16 (2011–2012) s. 47.

[13] Dok. nr. 16 (2011–2012) og Innst. 186 S (2013–2014).

[14] Samtidig er det viktig å understreke at Grunnloven, helt siden 1814, har beskyttet en rekke av disse rettighetene.

[15] 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.

[16] Dok. nr. 16 (2011–2012), s. 51.

[17] Se for eksempel HR-2018-1909-A.

[18] 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.

[19] Dok. nr. 16 (2011–2012) s. 87 og 90 og høyesterettspraksis (eks: HR-2016-2017-A).

[20] 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.

[21] Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling norsk rett av 21. mai 1995.

[22] 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).

[23] Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling norsk rett av 21. mai 1995 § 3 jf. § 2.

[24] Dersom en konvensjonsbestemmelse strider mot Grunnloven, vil Grunnloven gå foran.

I denne rapporten om eldres menneskerettigheter omtales særlig FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK), FNs konvensjon om sosiale og politiske rettigheter (SP), Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK), Europarådets konvensjon om forebygging og bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner CEST 2010 (Istanbulkonvensjonen) og FNs konvensjon om rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD).

Disse konvensjonene har ulik rettslig gjennomslagskraft avhengig av hvordan de er gjennomført i norsk rett.

Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) er vedtatt av Europarådet, en internasjonal organisasjon med 47 medlemsland. Konvensjonen har en bred rettighetskatalog som omfatter de sivile og politiske rettighetene. Konvensjonen er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2 og har som nevnt forrang foran annen norsk lovgivning, jf. menneskerettighetsloven § 3. Den europeiske menneskerettsdomstolen (EMD) overvåker statenes gjennomføring av konvensjonen ved å dømme i individklagesaker. Praksis fra EMD blir dermed avgjørende for å forstå innholdet i de enkelte bestemmelsene i konvensjonen.[25] Dommer fra EMK har bindende virkning for partene i saken.

Istanbulkonvensjonen er også en europeisk menneskerettighetskonvensjon vedtatt av Europarådet. Den forplikter statene til forebygging og praktiske tiltak for bekjempelse av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner. Konvensjonen tar dermed sikte på økt gjennomføring av en allerede eksisterende rett til statlig beskyttelse mot vold. Konvensjonen er relativt ny i Norge, den trådte i kraft 1. november 2017.[26] Denne konvensjonen er ikke inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven og har derfor ikke forrang foran andre lover, men skal anvendes i tråd med det såkalte presumsjonsprinsippet. Prinsippet går ut på at norsk rett *presumeres* å være i overenstemmelse med folkeretten. Det betyr at det må forventes at rettsanvenderen utnytter alle de muligheter som anerkjente prinsipper for tolkning og anvendelse av rettsregler gir, for å unngå at resultatet strider mot folkeretten. Dersom det likevel viser seg å være motstrid mellom konvensjonen og den aktuelle norske rettsregelen, vil norsk rett gå foran.[27] En såkalt *Explanatory Report* til Istanbulkonvensjonen er utarbeidet av Europarådet og forklarer nærmere hva konvensjonens forpliktelser innebærer. Denne rapporten er dermed et viktig bidrag i forståelsen av konvensjonen.[28]

Norge er også tilsluttet syv av FNs ni kjernekonvensjoner.[29] SP har en bred rettighetskatalog som først og fremst omfatter de sivile og politiske rettighetene, mens ØSK forplikter staten til å sikre

[25] Ved anvendelsen av reglene i EMK skal samme metode som EMD selv bruker, anvendes. Som rettsanvender må man forholde seg til konvensjonsteksten, alminnelige formålsbetraktninger og EMDs avgjørelser. Konvensjonen skal tolkes effektivt og dynamisk, men det er et viktig prinsipp at det er EMD selv som skal stå for denne utviklingen, norske domstoler skal ikke utvikle konvensjonen på samme måte, jf. Rt. 2005 s. 833 avsnitt 45.

[26] Prop. 66 S (2016–2017).

[27] Om presumsjonsprisnippet, se for eksempel HR-2016-2591-A.

[28] Konvensjonen skal også overvåkes av en egen overvåkningsmekanisme, GREVIO. GREVIO har startet sine første statsrapporteringsrunder og har også myndighet til å gi generelle kommentarer. Foreløpig finnes ingen slike generelle kommentarer, og Norge er ennå ikke eksaminert.

[29] Det vil si samtlige kjernekonvensjoner med unntak av FNs konvensjon om migrantarbeidere og FNs konvensjon om tvungne forsvinninger. Sistnevnte er til behandling i Stortinget, se Prop. 42 LS (2018-2019).

ulike økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, som retten til helse eller utdanning. Begge konvensjonene er som nevnt gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven § 2 på samme måte som EMK, og har forrang foran annen norsk lovgivning.[30] Gjennomføringen av konvensjonene overvåkes av hver sin FN-komité, henholdsvis FNs menneskerettighetskomité og FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen).

Disse komiteene avgir flere typer uttalelser. En av dem er *General Comments*, eller generelle kommentarer. Generelle kommentarer er temaspesifiserte uttalelser som utfyller konvensjonene og gir uttrykk for komiteenes samlede syn. De generelle kommentarene er ikke rettslig bindende for Norge. Deres vekt i norsk rett vil blant annet variere ut fra en vurdering av om uttalelsen må ses som en tolkingsuttalelse, eller mer som en tilrådning om optimal praksis på et område. I tillegg må det vurderes hvilken situasjon kommentaren har hatt for øye.[31] De generelle kommentarene kan være viktige tolkningsbidrag til forståelsen av FN-konvensjonenes rettigheter.

En annen type uttalelse fra komiteene er *Concluding Observations*, som ofte omtales som anbefalinger til Norge eller kritikk av norsk praksis. Anbefalingene vedtas ved konsensus i komiteen, etter en kritisk gjennomgang statenes periodiske rapporter om hvordan de har gjennomført sine forpliktelser.[32] Uttalelser fra den samlede komiteen vil i utgangspunktet tillegges vekt hvis de er konkrete kommentarer til en norsk rapport. Hvor mye vekt man i norsk rett skal tillegge denne type uttalelser, vil variere, men de vil som regel bli tillagt mindre vekt enn komiteenes generelle kommentarer.[33] Heller ikke Concluding Observations er rettslig bindende for statspartene til konvensjonene.

Norge har også tilsluttet seg FN-konvensjonen om rettigheter til personer med nedsatt funksjonsevne, CRPD. Konvensjonen understreker at rettighetene i både SP og ØSK gjelder for alle mennesker uavhengig av funksjonsevne. I tillegg spesifiserer konvensjonen for eksempel at retten til rettslig handleevne gjelder for personer med nedsatt funksjonsevne, og gir rettigheter om universell utforming. Konvensjonen er ikke inkorporert i norsk rett gjennom menneskerettsloven og har ikke forrang foran andre lover. Konvensjonen skal dermed anvendes i tråd med det nevnte presumsjonsprinsippet. Konvensjonen overvåkes av FNs komité for personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD-komiteen), som avgir samme type anbefalinger og General Comments som FNs menneskerettskomité og ØSK-komiteen.

Det finnes også en rekke menneskerettslige dokumenter, som resolusjoner og erklæringer, fra ulike internasjonale organisasjoner som FN og Europarådet. Dette kalles gjerne «soft law», og har ikke rettslig bindende virkning, men kan ha politisk tyngde.[34]

[30] Menneskerettighetsloven § 3.

[31] Ot.prp. nr. 3 (1998–1999) s. 68 og HR-2018-2096-A.

[32] Statene får inngi både skriftlige og muntlige innlegg overfor komiteen, og det samme gjelder for sivilt samfunn i det aktuelle landet.

[33] Ot.prp. nr. 3 (1998–1999) side 68 og *Høyesteretts anvendelse av traktatorganers tolkningspraksis*, Geir Ulfstein, Lov og Rett 07/2016. Den siste typen uttalelser fra komiteene er individklagesaker. Slike saker omtales imidlertid ikke i denne rapporten.

[34] Slike dokumenter vil i liten grad omtales i denne rapporten.

2. Vergemål og rettslig handleevne

2.1 Menneskerettslige normer

Noen eldre opplever å få nedsatt funksjonsevne på det kognitive plan, noe som kan aktualisere spørsmål knyttet til rettslig handleevne og vergemål.

Artikkel 12 i CRPD bekrefter at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, på alle livets områder. Konvensjonen omfatter personer (inklusive eldre) som blant annet har «langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre».[35] Mennesker med nedsatt funksjonsevne skal etter artikkel 12 ikke kunne fratas sin rettslige handleevne.[36]

Samtidig gir CRPD føringer på hvordan statene skal tilrettelegge for at personer med nedsatt funksjonsevne skal kunne bruke sin rettslige handleevne, jf. artikkel 12 nr. 2–4. Artikkel 12 nr. 4 pålegger staten å sikre at «alle tiltak som gjelder utøvelsen av rettslig handleevne, har bestemmelser om hensiktsmessige og effektive beskyttelsesmekanismer for å hindre misbruk i samsvar med internasjonale menneskerettighetsbestemmelser.» Videre heter det at slike beskyttelsesmekanismer skal sikre at «tiltak som gjelder utøvelsen av rettslig handleevne» respekterer vedkommende persons rettigheter, og er «forholdsmessige og tilpasset vedkommendes omstendigheter». Slike tiltak skal gjelde «for kortest mulig tid og gjennomgås jevnlig av en kompetent, uavhengig og upartisk myndighet eller rettsinstans».

CRPD-komiteen har uttalt, i *General Comment No. 1*, at fratakelse av rettslig handleevne er i strid med konvensjonens artikkel 12:

> *States parties' obligation to replace substitute decision-making regimes by supported decision-making requires both the abolition of substitute decision-making regimes and the development of supported decision-making alternatives. The development of supported decision-making systems in parallel with the maintenance of substitute decision-making regimes is not sufficient to comply with article 12 of the Convention.*[37]

Det å frata noen deres rettslige handleevne («substitute decision-making») er etter komiteens mening altså uforenlig med konvensjonen. Kun tiltak til støtte for beslutninger ved utøvelsen av

[35] CRPD artikkel 1.

[36] HR-2016-2591-A avsnitt 50.

[37] CRPD/C/GC/1, General Comment No. 1 (2014) avsnitt 28.

den rettslige handleevnen («supported decision-making») er lovlige.[38]

2.2 Nasjonalt rammeverk

Det finnes to former for vergemål i norsk rett, en frivillig og en tvungen.

Vergemålsloven[39] § 20 bestemmer at en person kan tildeles ordinært vergemål (frivillig). Grunnvilkåret er at en person «på grunn av sinnslidelse, herunder demens, psykisk utviklingshemming, rusmiddelmisbruk, alvorlig spilleavhengighet eller alvorlig svekket helbred ikke er i stand til å ivareta sine interesser». Denne formen for vergemål krever skriftlig samtykke fra den som tildeles vergemålet, både til opprettelsen av vergemålet, vergemålets omfang og hvem som skal være verge. Det er fylkesmannen som behandler spørsmålet om vergemål skal tildeles.[40] Den som er under ordinært vergemål, har sin rettslige handleevne i behold og kan foreta rettslige handlinger og råde over sine midler.[41] Den andre formen for vergemål er vergemål med fratakelse av den rettslige handleevnen i økonomiske og/eller personlige forhold (tvungen), jf. lovens § 22.[42] Fratakelse av den rettslige handleevnen må besluttes av en domstol.[43]

Ved norsk ratifisering av CRPD ble det vurdert om norsk lovgivning tilfredsstilte konvensjonens krav. I tilknytning til den da gjeldende vergemålslovgivningen uttalte lovgiver at den ble ansett «for å være i strid med konvensjonens artikkel 12».[44] Den nye vergemålsloven av 2010, herunder reglene i vergemålsloven §§ 20 og 22, skulle sørge for å unngå slik konvensjonsstrid.[45] I forarbeidene til vergemålsloven av 2010 uttales det at formuleringen i artikkel 12 nr. 4 om «tiltak som gjelder utøvelsen av rettslig handleevne», ikke utelukker at tiltaket kan bestå i en fratakelse av handleevne.[46] For å klargjøre at Norge anser at kravene i artikkel 12 er oppfylt, avga Norge i forbindelse med ratifiseringen av konvensjonen en tolkningserklæring:

> *Norge anerkjenner at personer med nedsatt funksjonsevne har rettslig handleevne på lik linje med andre, i alle sammenhenger. Norge anerkjenner også forpliktelsene til å sikre at personer med nedsatt funksjonsevne mottar den støtte og bistand de trenger for å utøve sin rettslige handleevne. Norge erklærer videre dets forståelse av at konvensjonen tillater fratakelse av rettslig handleevne eller bistand til å utøve rettslig handleevne og/eller tvungent vergemål der slike tiltak er nødvendige, som en siste utvei og underlagt kontrollmekanismer.*[47]

Selv om en slik tolkningserklæring uttrykker den norske stats syn på forståelsen av en bestemmelse i konvensjonen, har den ikke status som en

[38] HR-2016-2591-A avsnitt 54 og Meld. St. 39 (2015–2016) s. 56 flg.

[39] Lov om vergemål av 15. juni 2018.

[40] Vergemålsloven § 55. En person som har samtykket til vergemål, kan trekke tilbake sitt samtykke med den virkning at vergemålet oppheves, jf. vergemålsloven § 63 første ledd annet punktum.

[41] Vergemålsloven § 21.

[42] Grunnvilkåret er det samme som for ordinært vergemål. Tilleggsvilkår for fratakelse av rettslig handleevne fremgår av § 22.

[43] Vergemålsloven § 68.

[44] Prop. 106 S (2011–2012) s. 15.

[45] Ot.prp. nr. 110 (2008–2009) s. 42.

[46] Ot.prp. nr. 110 (2008–2009) s. 61.

[47] Se Prop. 106 S s. 15.

reservasjon[48] og avgrenser 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.[49] Høyesterett noterer at komitéuttalelser generelt sett ikke er folkerettslig bindende, men at slike uttalelser kan ha «betydelig vekt som rettskilde».[50] 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».[51]

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.»[52] Det er altså flere spørsmål som er omtvistet og som er gjenstand for diskusjon nasjonalt og internasjonalt (i CRPD-komiteen).

2.3 Kunnskapsgrunnlaget

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.[53]

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.[54]

[48] Wienkonvensjonen om traktatrett, artikkel 19.

[49] HR-2016-2591-A avsnitt 60.

[50] HR-2016-2591-A avsnitt 57.

[51] HR-2016-2591-A avsnitt 63.

[52] *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.

[53] *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.

[54] *Riksrevisjonens undersøking 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.[55] Stortinget har i mai 2018 behandlet saken og bedt Justis- og beredskapsdepartementet følge opp Riksrevisjonens forslag til tiltak.[56]

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.[57]

2.4 Menneskerettslige utfordringer

Ordinært vergemål innebærer at vergen kan foreta disposisjoner på vegne av personen det gjelder, men uten at vedkommende fratas sin rettslige handleevne. Dette gjelder mange personer uten samtykkekompetanse, for eksempel demente. Ordinært vergemål vedtas som nevnt av fylkesmannen. Hvis en person derimot skal fratas 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 beredskapsdepartement 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.»[58]

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».[59] Det vil si at hvis en

[55] *Riksrevisjonens undersøking av korleis vergemålsreformen er sett i verk,* Dokument 3:6 (2017–2018), s. 3–4.

[56] *Se Dokument 3:6 (2017–2018), Innst. 312 S (2017–2018), Vedtak 782.*

[57] *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.

[58] JDLOV-2018-119.

[59] 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.[60]

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.

[60] Fristen for å levere høringsuttalelser er februar 2019.

«Min mor fikk opprettet verge da hun kom på sykehjemmet, uten at hverken hun eller jeg ble spurt eller informert om det. De sa det var deres rutine.»

Nasjonalforeningen for folkehelsen
Datter til mor med demens, innringer på Demenslinjen

3. Vold og seksuelle overgrep mot eldre

3.1 Menneskerettslige normer

Menneskerettighetene legger begrensninger for hvilke inngrep *myndighetene kan foreta overfor borgerne*. Dette innebærer at statene må sørge for en rekke rettigheter som rettferdig rettergang, stemmerett, ytringsfrihet, rett til privatliv med videre. Men statene har også en menneskerettslig plikt til å forebygge, avverge, etterforske og straffeforfølge vold og overgrep *mellom privatpersoner*. Slike plikter følger blant annet av EMK artikkel 2 (retten til liv), 3 (forbudet mot tortur, umenneskelig og nedverdigende behandling), 8 (retten til privatliv) og 14 (diskrimineringsforbudet).[61]

EMD har lagt til grunn at slike forpliktelser oppstår der staten har visst eller burde ha visst at det forelå en reell risiko for vold og overgrep. Dette er det såkalte kunnskapskravet. Hvis dette kravet er oppfylt, er spørsmålet om myndighetene har utført alle rimelige tiltak som kunne forhindre risikoen; det såkalte tiltakskravet. Staten kan selv vurdere hvilke tiltak som settes inn, men tiltakene må være egnet til å forhindre risikoen, og gi praktisk og effektiv beskyttelse.[62]

Helt konkret innebærer disse forpliktelsene blant annet at politiet må beskytte voldsutsatte ved kjent risiko for vold og overgrep, samt sikre effektiv etterforskning av slike saker. De innebærer også at norske myndigheter må sikre at annet hjelpeapparat enn politiet har gode og effektive tiltak for å beskytte personer mot vold.

Mangelfull koordinering og manglende tiltak eller handling hos det offentlige hjelpeapparatet kan føre til at statens menneskerettighetsforpliktelser anses som brutt.

I november 2017 ratifiserte Norge Istanbulkonvensjonen. Konvensjonen gjelder for alle former for vold mot kvinner, også vold i nære relasjoner. Partene til konvensjonen oppfordres til å anvende konvensjonen på *alle* ofre for vold i nære relasjoner, uavhengig av kjønn og alder.[63] I Norge er det lagt til grunn at konvensjonens bestemmelser skal dekke vold i nære relasjoner uavhengig av kjønn.[64] Den omfatter dermed alle eldre som utsettes for vold i nære relasjoner. Konvensjonen er i praksis en «gjennomføringskonvensjon» – vold mellom privatpersoner er som nevnt allerede dekket av andre menneskerettskonvensjoner

[61] Statens plikt til å beskytte mot vold og overgrep følger også av flere andre konvensjoner, som FNs barnekonvensjon, FNs torturkonvensjon og FNs kvinnekonvensjon. Disse omtales ikke her.

[62] Se Rt. 2013 s. 588 avsnitt 45–50 med videre henvisninger. Fra EMDs praksis er *Opuz v. Tyrkia* (33401/02) og *Z og andre v. Storbritannia* (29392/95) særlig relevant. Se også Kjelby, «Påtalerett» s. 126 med videre henvisninger.

[63] Istanbulkonvensjonens artikkel 2 nr. 2, se også Council of EuropeTreaty Series – No. 210, Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence, avsnitt 37.

[64] Handlingsplan mot vold i nære relasjoner (2014–2017) – Et liv uten vold , s. 5.

– men Istanbulkonvensjonen er en menneskerettslig nyvinning som oppstiller spesifikke krav til *hvordan* staten skal oppfylle sin menneskerettslige sikringsplikt.

Statens plikt til å forebygge vold og overgrep er sterkt fremhevet i konvensjonen. Et viktig utgangspunkt for forebyggingsforpliktelsene i Istanbulkonvensjonen er konvensjonens artikkel 12:

> «Any measures taken pursuant to this chapter shall take into account and address the specific needs of persons made vulnerable by particular circumstances and shall place the human rights of all victims at their centre.»

Dette betyr at staten, ved alle preventive tiltak, må ta hensyn til og se hen til de spesielle behov voldsutsatte personer har som følge av særlig sårbarhet.[65] Eldre er fremhevet i Istanbulkonvensjonens *Explanatory Report* som en sårbar gruppe som omfattes av artikkel 12.[66]

Et konkret forebyggingstiltak som fremheves i konvensjonens artikkel 15, er kravet til at tjenesteytere som har kontakt med eller arbeider med potensielle voldsutsatte, må besitte den kunnskapen som skal til for å gjøre dem i stand til å forebygge og oppdage vold og overgrep. Konvensjonens artikkel 11 krever videre at staten har en kunnskapsbasert tilnærming til feltet.[67]

Istanbulkonvensjonen krever med andre ord at forebyggingstiltak overfor eldre som gruppe både må bygge på kunnskap om risikofaktorer for vold mot eldre og kunnskap om hvilke særlige tiltak som bør iverksettes overfor denne gruppen for å forebygge dette på en effektiv måte. Aktivitetsplikten er særlig sterk overfor sårbare grupper som eldre.[68]

Et annet viktig aspekt ved Istanbulkonvensjonen er kravet til en helhetlig, effektiv og tilstrekkelig ressursmessig (både økonomisk og bemanningsmessig) respons på problemet med vold mot kvinner og vold i nære relasjoner, jf. artikkel 7 og 8. Handlingsplaner (som gjennomføres) vil dermed være særlig gode tiltak for å oppfylle konvensjonens krav.[69]

Kjernen i de menneskerettslige forpliktelsene er altså at staten må ha et helhetlig system for å forebygge, avverge, etterforske og straffeforfølge vold og overgrep mot enkeltindivider.

3.2 Nasjonalt rammeverk

Norges menneskerettslige forpliktelser til å beskytte eldre mot vold og overgrep er ivaretatt i norsk rett på flere måter, for eksempel gjennom straffe- og helselovgivningen.

Myndighetene arbeider med flere tiltak for å forebygge vold og overgrep i befolkningen generelt. Handlingsplanen mot vold i nære relasjoner for perioden 2014–2017 *Et liv uten vold* og

[65] Slike forebyggingsforpliktelser kan også leses ut av EMDs praksis, men er altså tatt inn i selve konvensjonsteksten i Istanbulkonvensjonen.

[66] Council of Europe Treaty Series – No. 210, *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence* avsnitt 87.

[67] Se konvensjonens artikkel 11 og 15.

[68] Staten har også en sterk aktivitetsplikt overfor sårbare grupper etter EMK, se Rt. 2013 s. 588 avsnitt 45–50 med videre henvisninger.

[69] Ifølge artikkel 7 skal staten ta de nødvendige steg for å beskytte mot vold i nære relasjoner ved å implementere «State-wide, effective, comprehensive and co-ordinated policies». Etter artikkel 8 må staten også stille med tilstrekkelige ressurser til å sikre implementering av konvensjonen. Se også *The Istanbul Convention – The Nordic Way,* Stubberud, Hovde og Aarbakke, 2018, s. 92–93.

«Seksuelle overgrep mot eldre er fortsatt et tabubelagt tema blant helsepersonell. Det at ansatte ikke er bevisst på at det kan skje, kan forsterke eldres sårbare posisjon som potensielle ofre for overgrep, og også gjøre det vanskeligere å avdekke slike hendelser.»

NTNU, Institutt for samfunnsmedisin og sykepleie
Førsteamanuensis Wenche Malmedal

Opptrappingsplan mot vold og overgrep (2017–2021), definerer statens tiltak på en rekke områder, og omfatter alle aldersgrupper.[70] Av de tilsammen 88 tiltakene som nevnes i disse to planene, er det ingen som eksplisitt tar for seg vold mot eldre.[71]

Et viktig lovgivningstiltak på området, som trådte i kraft 1. januar 2018, er flere endringer i helselovgivningen som tydeliggjør og dermed styrker ansvaret helse- og omsorgstjenestens ledelse har for å bidra til at vold og seksuelle overgrep blir forebygget, avdekket og avverget.[72] Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) har ferdigstilt en veileder om helse- og omsorgspersonells arbeid mot vold i nære relasjoner.[73] Her er utsatte grupper omfattet, og den tar også for seg vold mot eldre.

3.3 Kunnskapsgrunnlaget

I 2017 lanserte NKVTS den første nasjonale forekomststudien om vold og overgrep mot hjemmeboende personer over 65 år i Norge.[74]

Resultatene fra studien indikerer at opp mot 76 000 hjemmeboende personer har vært utsatt for vold eller overgrep etter at de fylte 65 år. Dette dreier seg om både psykiske og fysiske overgrep, herunder seksuelle overgrep. Åtte av ti har oppgitt at de var i en nær relasjon med voldsutøveren. Rapporten karakteriserer vold og overgrep mot eldre som et *usynlig samfunnsproblem*.

En studie fra NKVTS fra 2015 viser at det i hjelpeapparatet mangler kartleggingsverktøy og rutineguider spesielt rettet mot eldre, for avdekking av vold i nære relasjoner.[75] En annen studie fra NKVTS fra 2016 viser videre at hjemmeboende personer over 65 år i liten grad er nevnt i de kommunale handlingsplanene mot vold i nære relasjoner. Rundt en tredel av kommunene hadde fulgt oppfordringen fra myndighetene og utarbeidet handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. En av fire planer hadde ikke inkludert eldre voldsutsatte. I de handlingsplanene som nevnte eldre som målgruppe, var få eller ingen tiltak rettet mot denne gruppen.[76]

En studie fra 2016 indikerer videre at seksuelle overgrep også er en menneskerettslig utfordring på sykehjem.[77] Det skjer seksuelle overgrep både overfor eldre kvinner og menn i sykehjem.[79] Overgriperne kan være personalet, pårørende og

[70] Prop. 12 S (2017–2021).

[71] Noen eksempler der eldre er omtalt i opptrappingsplanen finnes på s. 27 (utvikling av pilotprosjektet TryggEst), s. 33 (om forebyggende hjemmebesøk og kontakttelefonen *Vern for eldre*) og s. 52 (forskning).

[72] Eks: lov om tannhelsetjenesten av 3. juni 1983 § 1-3 c, lov om spesialisthelsetjenesten m.m. § 2-1 f, og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-3 a. Se nærmere om lovendringene i Prop. 71 L (2016–2017).

[73] Veilederen er utarbeidet av Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKTVS), se https://voldsveileder.nkvts.no/

[74] *Vold og overgrep mot eldre personer. En nasjonal forekomststudie*, NKVTS, Rapport nr. 9 2017.

[75] *Oversikt over rutineguider og kartleggingsverktøy for avdekking av vold i nære relasjoner,* NKTVS, Rapport nr. 4 2015.

[76] *Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?* NKTVS, Rapport nr. 9 2016 s. 6 flg.

[77] *Dette skjer ikke! Eller gjør det? Resultater fra en studie om seksuelle overgrep mot eldre i sykehjem*, Wenche Malmedal m.fl., NTNU, januar 2016. Wenche Malmedal har også skrevet en doktorgrad om inadekvat pleie, overgrep og vold i norske sykehjem, som gir relevant informasjon om temaet: *Inadequate care, abuse and neglect in Norwegian nursing homes,* PhD, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap, NTNU, 2013.

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.[79]

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 egnete tiltak rettet mot gruppen eldre.

[78] 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.

[79] De regionale ressurssentrene 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

4. Tvungen helsehjelp

4.1 Menneskerettslige normer

EMK artikkel 8 handler om den enkeltes rett til respekt for sitt privat- og familieliv. Inn under privatlivet faller blant annet retten til selvbestemmelse og personlig autonomi.[80] Bestemmelsen har dermed særlig relevans i spørsmålet om hvilken adgang det er til å gi tvungen helsehjelp, for eksempel i situasjoner der fravær av handling truer pasientens liv, kan føre til alvorlig skade eller andre mer eller mindre alvorlige forhold som for eksempel sårinfeksjoner og farlig vandring ut av institusjon. Også CRPD artikkel 22 beskytter retten til privatliv for dem som omfattes av konvensjonens bestemmelser.

EMD har uttalt at selv mindre inngrep i den fysiske integriteten er å anse som et inngrep i artikkel 8, dersom det er foretatt uten samtykke.[81] Dette innebærer blant annet at en person må samtykke til at det utføres helsehjelp for at det ikke skal utgjøre et inngrep etter EMK artikkel 8 nr. 1. Etter EMK artikkel 8 nr. 2 kan det gjøres inngrep i rettighetene dersom inngrepet har hjemmel i lov, har et legitimt formål og er proporsjonalt, det vil si om det anses nødvendig i et demo- kratisk samfunn. I vurderingen av om et tiltak mot en pasient kan gjennomføres mot pasientens vilje, er det flere sentrale elementer som inngår.

Spørsmålet om man kan overprøve en pasients valg om ikke å motta helsehjelp avhenger av om pasienten er samtykkekompetent.[82] Dette betyr at helsepersonellet må vurdere hva som er et gyldig samtykke og ha nødvendig kunnskap til å foreta vurderinger av samtykkekompetanse.[83] Den tvungne helsehjelpen må videre følge det minste inngreps prinsipp; tvang skal være siste utvei og stå i forhold til det man ønsker å oppnå.[84] Den som skal utføre tvangen må derfor ha god kunnskap om hva som er en tvangssituasjon og hvilke alternative og mindre inngripende tiltak som kan iverksettes. Videre er det viktig å ivareta sentrale rettsikkerhetsgarantier som skriftlige vedtak, klageadgang og andre prosessuelle garantier.[85] Også dette setter krav til helsepersonellets kunnskap om hvilke rutiner som skal følges i en tvangssituasjon.

Tvungen helsehjelp kan omfatte frihetsberøvelse. EMK artikkel 5 og CRPD artikkel 14 setter vilkår for når dette kan brukes. Begge bestemmelsene setter strenge vilkår for når frihetsberøvelse kan være tillatt som et ledd i helsehjelp, og CRPD artikkel 14 sier at en funksjonsnedsettelse ikke i

[80] *Pretty v. Storbritannia* (2346/02), avsnitt 61. Disse rettighetene følger også av andre menneskerettighetskonvensjoner, som SP artikkel 17.

[81] *Storck v. Tyskland* (61603/00) avsnitt 143; *Y.F v. Tyrkia* (24209/94) avsnitt 33; *Glass v. Storbritannia* (61827/00) avsnitt 70.

[82] Se for eksempel *Y.F v. Tyrkia* (24209/94) avsnitt 41–44; *Arskaya v. Ukraine*, (45076/05) avsnitt 69; *Glass v. Storbritannia* (61827/00) avsnitt 70.

[83] Vilkårene for samtykkekompetanse er nedfelt i lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999 § 4-3.

[84] Se for eksempel *Pretty v. Storbritannia*, (2346/02) avsnitt 70; *X v. Finland* (34806/04) avsnitt 213; *Arskaya v. Ukraina*, (45076/05) avsnitt 69.

[85] Se for eksempel *X v. Finland* (34806/04) avsnitt 217 flg.

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 brukerettighetsloven.[86] 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.[87]

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.[88] 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 brukerettighetsloven kapittel 4A, samt utarbeidet en egen vedtaksmal. Det finnes også et stort opplæringsmateriale for dem som skal anvende regelverket.[89] På et normativt nivå reflekterer de nasjonale reglene i all hovedsak de menneskerettslige kravene på en god måte.[90]

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 selve 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.[91] Regler om tvang vil derfor være særlig relevante for denne pasientgruppen.

[86] Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli 1999.

[87] 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.

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

[89] 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.

[90] 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.

[91] Meld. St. 29 (2012–2013) Morgendagens omsorg, kapittel 3.3.3.

Helsetilsynets rapport *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem* fra april 2013 beskriver funn fra tilsyn (systemrevisjon) gjennomført i 103 kommuner i årene 2011 og 2012.[92] Tilsynet avdekket utstrakt bruk av tvang i strid med regelverket ved norske sykehjem og viste også at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A ikke var godt nok kjent blant helsepersonell.

Rapporten viser blant annet at det hersker usikkerhet om hvordan samtykkevurderinger skal utføres og hva som er relevant i vurderingen. Det mangler også kunnskap om hva som er et gyldig samtykke. [93] Videre er det behov for mer kunnskap om hvordan man skal håndtere vanskelige tvangssituasjoner, hva motstand er og hvordan den blir uttrykt.[94] Tilsynet viste også at vedtakspraksis er mangelfull ved at tvang blir brukt uten at vilkår er vurdert og vedtak fattet.[95] En evalueringsrapport bestilt av Helsedirektoratet fra 2014 bekrefter de samme funnene.[96] Helsetilsynet har ikke gjennomført et nytt landsomfattende tilsyn med sykehjem etter 2013.

I 2017 utga Norges Røde Kors og SSB[97] rapporten *Humanitære behov i Norge*. Den omtaler pleie- og omsorgstrengende eldre, og uttaler at «Vi mangler landsrepresentative tall for viktige aspekter ved hvordan livet arter seg for beboere på sykehjem.»[98]

I 2018 utarbeidet SSB på oppdrag fra NIM en rapport om menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem, basert på SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester.[99] Et av funnene er at kun halvparten av landets kommuner har registrert sin bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten. Dette til tross for at slik registrering har vært lovpålagt siden 2009.[100] Rapporten viser også at om lag 80 prosent av personene som ble registrert med tvungen helsehjelp i 2017, var pasienter ved sykehjem (975 av 1 235 personer).[101] At tvangsbruk i begrenset grad innrapporteres, innebærer også at det er vanskelig å måle utviklingen og sammenlikne tvangsbruken i ulike kommuner.

[92] Tilsynet undersøkte følgende områder: at mostand mot helsehjelp ble identifisert og at samtykkekompetanse ble vurdert; at tillitsskapende tiltak ble forsøkt før tvungen helsehjelp ble gjennomført; at det ble gjort helsefaglige vurderinger av om helsehjelp kunne gjennomføres med bruk av tvang.

[93] Rapportens s. 10–11 og 14.

[94] Rapportens s. 11 og 14.

[95] Rapportens s. 13.

[96] *Evaluering av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A Evalueringsrapport fra Oxford Research AS*, Oxford Research AS, desember 2013, kapittel 1. Rapporten beskriver også at kapittel 4A klart har bidratt til rettsklarhet og hjemmelsgrunnlag, og at reglene har bidratt til økt og bevisstgjøring og refleksjon hva gjelder bruk av tvang.

[97] Statistisk sentralbyrå.

[98] *Humanitære behov i Norge,* Anders Barstad, SSB og Røde Kors, s. 39 flg.

[99] *Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem. Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester,* Berit Otnes, Notater 2018/28.

[100] Kommunene skal sende inn opplysninger til IPLOS-registeret (Registeret for individbasert pleie- og omsorgsstatistikk) om tvangsbruk, jf. forskrift om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk §§ 2-1 og 1.8. *Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem. Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester,* Berit Otnes, Notater 2018/28 s. 7.

[101] *Menneskerettighetssituasjonen til beboere i sykehjem. Operasjonalisering og tallfesting ved hjelp av SSBs statistikk over kommunale omsorgstjenester,* Berit Otnes, Notater 2018/28 s. 12.

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. Helsetilsynets 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 rettssikkerhetsgarantier ivaretas, herunder god vedtaks- og dokumentasjonspraksis.

5. Aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet

5.1 Menneskerettslige normer

Forskjellsbehandling på grunn av alder skjer på ulike livsområder. Gruppeinndeling i helserelaterte spørsmål basert på alder er et eksempel, et annet er aldersgrenser for forsikring, et tredje er aldersgrenser for trygd og velferdsgoder. Spørsmålet er om forskjellsbehandling på grunn av alder kan være diskriminerende, og dermed ulovlig.[102]

I dette kapitlet har vi ikke gått inn på hva som finnes av faktagrunnlag om aldersbasert diskriminering, men avgrenset oss til en analyse av et problematisk aspekt ved det rettslige rammeverket.

Et grunnleggende utgangspunkt er Grunnloven § 98, som bestemmer at alle er like for loven og at ingen må utsettes for usaklig eller uforholdsmessig forskjellsbehandling. Grunnloven § 98 nevner ikke spesifikke diskrimineringsgrunnlag som for eksempel alder. Lovgiver har likevel ikke utelukket at alder kan være et relevant diskrimineringsgrunnlag etter Grunnloven § 98, men uttaler at rettshåndheveren vil «legge stor vekt på lovgivers vurdering av om en aldersgrense er saklig, nødvendig og rimelig, slik at det bare ville være aktuelt å tilsidesette lover som forskjellsbehandler på grunn av alder der dette åpenbart ikke er saklig begrunnet eller vil slå urimelig hardt ut».[103] Den nærmere rekkevidden av det vernet Grunnloven § 98 gir, er uklar.[104]

Også EMK artikkel 14 har et forbud mot diskriminering. Bestemmelsen er en såkalt aksessorisk diskrimineringsbestemmelse. Dette betyr at diskriminering bare er en krenkelse av EMK artikkel 14 hvis det innebærer et inngrep i (men ikke nødvendigvis en krenkelse av) en rettighet som beskyttes av en av de øvrige EMK-bestemmelsene. Diskriminering utenfor EMKs nedslagsfelt vil omfattes dermed ikke. Alder som diskrimineringsgrunnlag er ikke eksplisitt nevnt i EMK artikkel 14, men er innfortolket av EMD i diskrimineringsgrunnlaget «other status».[105] Det betyr at rettighetene etter EMK skal sikres uten diskriminering på grunnlag av alder. Forskjellsbehandling på grunn av alder er derfor kun tillatt når

[102] Aldersdiskriminering i arbeidslivet er omtalt blant annet i en rapport fra Likestillings og diskrimineringsombudet fra 2015, se https://seniorporten.no/wp-content/uploads/2015/04/LDO_Aldersdiskriminering-i-arbeidslivet.pdf

[103] Dok. nr. 16 (2011–2012), kapittel 26.6.2.6, s. 151.

[104] Prop. 81 L (2016–2017), kapittel 4.3, s. 36 hvor det blant annet heter: «Samtidig innebærer forskjellene mellom Grunnloven § 98 og diskrimineringsforbudene i de ulike menneskerettskonvensjonene, blant annet med hensyn til ordlyd, at det ikke uten videre er klart hvilken vekt menneskerettskonvensjonene skal ha i tolkningen av Grunnloven § 98.»

[105] *Schwizgebel v. Sveits*, (25762/07), avsnitt 85; *Khamtokhu og Aksenchik v. Russland,* (60367/08) avsnitt 62; *Handbook on European non-discrimination law,* Publications office of the European Union, 2018, s. 190 flg.

den er saklig, nødvendig og forholdsmessig.[106] 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.[107]

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.[108] 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.[109]

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. [110]

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.[111] Det betyr at lovgiver her

[106] 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.

[107] 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.

[108] 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.

[109] 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.

[110] 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.

[111] 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 diskriminerings-vern. 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 forventing om et vern mot forskjellsbehandling som uansett vil anses som saklig og dermed lovlig».[112] 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.[113]

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.

[112] Prop. 81L (2016–2017) kapittel 15.10.3, s. 143.
[113] Prop. 81L (2016–2017) kapittel 15.10.4, s. 144.

«Alle aldersgrenser som ikke er saklig begrunnet, må øyeblikkelig fjernes, enten det er i helsesektoren eller innenfor andre samfunnsområder.»

Pensjonistforbundet
Leder Jan Davidsen

6. Universell utforming – informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang

6.1 Menneskerettslige normer

Myndighetene bruker stadig oftere digitale løsninger for å kommunisere med borgerne, for eksempel gjennom internettportalen Altinn eller varslinger via tekstmeldinger. Også på det private plan fortrenger digitale løsninger som nettbank fysiske bankfilialer. Andre eksempler på digitale løsninger er nettaviser, netthandel, digital post eller kommunikasjon med NAV og helsevesenet. I tillegg kommuniserer mange bedrifter som kommuniserer med sine brukere på sosiale medier. Konsekvensene av alderdom, som for eksempel nedsatt syn og hørsel, demens eller andre lidelser, kan gjøre det vanskeligere å benytte seg av slike løsninger. Menneskerettighetene gir føringer for hvordan myndighetene skal tilrettelegge for informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang til alle.

CRPD har flere bestemmelser om universell utforming. Konvensjonen omfatter som nevnt eldre som har «langvarig fysisk, mental, intellektuell eller sensorisk funksjonsnedsettelse som i møte med ulike barrierer kan hindre dem i å delta fullt ut og på en effektiv måte i samfunnet, på lik linje med andre».[114]

CRPD artikkel 9 pålegger staten en plikt til å sørge for at personer med funksjonsnedsettelse skal kunne delta fullt ut på alle livets områder. Dette innebærer ikke bare en plikt til å sørge for at det fysiske rom er tilgjengelig for personer med funksjonsnedsettelser. Det krever også at tilgangen til informasjon og kommunikasjon, inkludert digitale løsninger, skal være universelt utformet. Ifølge CRPD artikkel 21 skal norske myndigheter treffe alle hensiktsmessige tiltak for å sikre at mennesker med nedsatt funksjonsevne kan bruke sin ytrings- og informasjonsfrihet. For eksempel betyr dette at staten må gi informasjon om samfunnsmessige forhold (for eksempel informasjon om valg) på måter som gjør at også personer med funksjonsnedsettelser får tilgang til informasjonen. Staten oppfordres også til å sørge for at private aktører og media utformer sine tilbud på en måte som er egnet til å nå personer med funksjonsnedsettelser.[115]

Det finnes ingen direkte rett til universell utforming av informasjons-, kommunikasjons- og tjenestetilgang i EMK. Konvensjonen har likevel bestemmelser som er relevante for disse rettighetene. EMD har for eksempel tatt opp spørsmålet om hvordan myndighetene kommuniserer

[114] CRPD artikkel 1.

[115] CRPD artikkel 21 gir flere eksempler på hvordan staten kan ivareta denne forpliktelsen.

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.[116]

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.[117] Det finnes også en egen forskrift om universell utforming for IKT-løsninger.[118]

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 %.[119] 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 %.[120]

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

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

[116] *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.

[117] Lov om likestilling og forbud mot diskriminering av 16. juni 2017 kapittel 3.

[118] Forskrift om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger av 21. juni 2013.

[119] Tallene er tilgjengelige på: https://www.ssb.no/statbank/table/06995/tableViewLayout1/.

[120] Tallene er tilgjengelige på: https://www.ssb.no/statbank/table/11437/tableViewLayout1/.

[121] Forbruksforskningsinstituttet.

[122] *Eldres bruk av digitale verktøy og internett: En landsdekkende undersøkelse av mestring, støttebehov, motivasjon og hindringer,* Dag Slettemeås, 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 nettjenester (eksempel: 55 % har brukt Skatteetaten de siste 12 månedene, 63 % har tatt i bruk elektronisk ID til offentlige nettjenester).

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 nettbrukere 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.

7. Helsehjelp, underernæring og uheldig legemiddelbruk

7.1 Menneskerettslige normer

Mange eldre opplever svekket helse og er avhengige av ulike former for helsehjelp. Menneskerettighetene gir føringer for hvordan myndighetene skal ivareta eldres helsesituasjon.

ØSK artikkel 12 slår fast at enhver har rett til «den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk». Retten til den høyest oppnåelige helsestandard betyr ikke at den enkelte har krav på å være frisk. Rettigheten innebærer først og fremst at myndighetene må sørge for et helsevesen som gir alle mennesker like muligheter til å oppnå så god helse som mulig. Viktige komponenter i retten til helse er tilgang til helsehjelp, rent vann og trygg mat, tilfredsstillende sanitærforhold, trygge bo- og arbeidsforhold og helseinformasjon.[123]

Forpliktelsene etter ØSK karakteriseres ofte som en innsatsforpliktelse for staten. Dette betyr at staten kan oppfylle forpliktelsen gradvis, avhengig av hvilke ressurser den har tilgjengelig jf. ØSK artikkel 2 nr. 1. Norge har relativt sett store økonomiske ressurser, noe som vil si at det stilles høye krav til Norge.

Det finnes ingen direkte rett til helse i EMK, slik som i ØSK, men flere av bestemmelsene i EMK kan omfatte helsespørsmål. Tre av disse er artikkel 3 (forbudet mot nedverdigende og uverdig behandling), artikkel 5 (om frihetsberøvelse) og artikkel 8 (om retten til privatliv).[124] Forbudet mot nedverdigende eller umenneskelig behandling i EMK artikkel 3 kommer særlig til anvendelse der en person er frihetsberøvet.[125] Ved frihetsberøvelse har staten et spesielt ansvar for helsetilstanden til vedkommende.[126] Dette ansvaret vil også være aktuelt overfor eldre som er på sykehjem eller institusjon som følge av tvangsvedtak eller der et opphold på sykehjem eller institusjon har flere elementer av tvang i seg. Det er nærliggende å se hen til saker om tvangsbehandling av

[123] E/C.12/2000/4 General Comment No. 14 (2000) avsnitt 4 og 11.

[124] Også artikkel 2 (retten til liv) og 14 (forbudet mot diskriminering) vil kunne være relevant, i tillegg til CRPD artikkel 25 om retten til helse. Vi går ikke nærmere inn på disse her.

[125] I slike tilfeller må selve frihetsberøvelsen oppfylle vilkårene i EMK artikkel 5. Artikkel 5 nr.1 (e) tillater frihetsberøvelse av personer «of unsound mind», men det må foreligge lovhjemmel for dette og frihetsberøvelsen må ha vært vurdert av en medisinsk ekspert. De nærmere vilkårene for frihetsberøvelse er utpenslet i EMDs praksis. I CRPD (artikkel 14) er vilkårene for frihetsberøvelse strengere: en funksjonsnedsettelse skal ikke i seg selv kunne begrunne frihetsberøvelse.

[126] Se for eksempel *Slawomir Musial v. Polen*, (28300/06) avsnitt 85 flg. (fengselsopphold), *M.S. v Kroatia*, (75450/12) avsnitt 95 flg. og *Bures v. Tsjekkia* (37679/08) (begge psykiatrisk institusjon) avsnitt 83 flg.

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. [127]

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 nedverdigende behandling (det prosessuelle elementet av bestemmelsen).[128]

I tillegg kreves det at selve behandlingen pasienten mottar ikke skal være i strid med forbudet mot umenneskelig eller nedverdigende 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 nedverdigende behandling. Dersom behandlingen oppfyller minstekravene til hva som utgjør umenneskelig eller nedverdigende 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.[129]

Dersom tvangsbehandlingen ikke utgjør nedverdigende 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).[130] Retten til privatliv i EMK artikkel 8 nr. 1 gir alle vern mot ufrivillige inngrep i enkeltindividets fysiske og psykiske integritet.[131] 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.[132] 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.[133] Et

[127] 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.

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

[129] *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.

[130] 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.

[131] Se kapittel 6.

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

[133] *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.[134] 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.[135] 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.[136]

Meldingen har fem innsatsområder, der to av dem er *Mat og måltider* og *Helsehjelp*.[137] 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.[138] 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.[139]

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

7.3 Kunnskapsgrunnlaget – 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 sykehusinnleggelser, trykksår, manglende sårtilheling og død. Underernæring hos eldre reduserer også motstanden mot eventuelle*

[134] 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.

[135] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 1.1, s. 10.

[136] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 1.3, s. 12.

[137] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 1.2, s. 10.

[138] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 6, s. 107 flg.

[139] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 7, s. 125.

[140] Informasjon om programmet er tilgjengelig på 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.*[141]

I SSBs rapport *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017* omtales også ernæringssituasjonen til eldre på sykehjem.[142] Kartlegging av ernæring skal vurderes ved innleggelse for alle beboere på sykehjem. Deretter skal den gjentas månedlig eller etter annet faglig begrunnet individuelt opplegg.[143] 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.*[144]

I nevnte rapport fra SSBs omtales også legemiddelgjennomgang overfor eldre på sykehjem.[145] Legemiddelgjennomgang skal sikre at den enkelte pasient oppnår god effekt av legemidlene, samtidig som risiko for uheldige virkninger minimaliseres og håndteres.[146] 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.[147] Avhandlingen

[141] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 6, s. 105.

[142] *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017,* Mørk, Beyer, Haugstveit, Sundby, Karlsen, Rapporter 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.

[143] *Nasjonale faglige retningslinjer for forebygging og behandling av underernæring*, IS-1580, Helsedirektoratet, s. 8.

[144] Meld. St. 15 Leve hele livet (2017–2018) kapittel 7, s. 125.

[145] *Kommunale helse- og omsorgstjenester 2017,* Mørk, Beyer, Haugstveit, Sundby, Karlsen, Rapporter 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.

[146] *Veileder om legemiddelgjennomganger,* IS-1998, Helsedirektoratet.

[147] *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 medisinering av eldre.[148] 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.[149] 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».[150]

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.

[148] *Inappropriate Medication Use in the Elderly – A Modern Epidemic, Gunhild Alvik Nyborg, UiO.*

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

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

«Eldre har, på lik linje med alle andre, rett til nødvendige, forsvarlige og verdige helse- og omsorgstjenester. Tjenester skal tildeles ut fra den enkeltes behov og funksjonsnivå, ikke ut fra kommunens eller helseforetakets økonomi. Tjenestene skal i størst mulig grad utformes i samarbeid med den som skal motta dem, og ytes med respekt for pasient/bruker og dennes pårørende.»

Sosial- og eldreombudet i Oslo og
Pasient- og brukerombudet i Oslo og Akershus
Ombud Anne-Lise Kristensen

8. Eldre LHBTI-personers møte med helse- og omsorgstjenesten

8.1 Menneskerettslige normer

EMK artikkel 8 beskytter den enkeltes rett til respekt for sitt privat- og familieliv. Privatliv omfatter også forhold ved den enkeltes personlige identitet, slik som en persons kjønnsidentitet og seksuelle orientering.[151] Etter konvensjonens artikkel 14 skal retten til privatliv også sikres uten diskriminering på grunnlag av disse diskrimineringsgrunnlagene.[152]

Etter ØSK artikkel 12 har enhver person rett til den høyest oppnåelige helsestandard.[153] Statens myndigheter har, ifølge ØSK-komiteen, plikt til å sikre at retten til helse utøves uten noen form for diskriminering på grunnlag av blant annet en persons kjønnsidentitet eller seksuelle orientering.[154] Eldre har, på lik linje med alle andre, en rett til å ikke bli diskriminert i helsevesenet på grunn av sin kjønnsidentitet eller seksuelle orientering.

8.2 Kunnskapsgrunnlaget

De fleste lesbiske, homofile og bifile har god psykisk helse. Men sammenliknet med heterofile personer rapporterer disse om dårligere psykisk helse og i større grad om selvmordsforsøk. Andelen er høyest blant bifile kvinner. Undersøkelser fra Norge og andre land viser også helseutfordringer og høy forekomst av selvmordsforsøk og selvmordstanker blant transpersoner.[155] Samtidig finnes lite kunnskap om transpersoners levekår i Norge. Det finnes også lite informasjon om levekårene til interkjønnpersoner.

Eldre lesbiske, homofile, bifile, trans- og interkjønnpersoner (LHBTI-personer) er i liten grad inkludert i forskningsrapporter, eller forskningsrapportene gir ikke aldersdifferensiert kunnskap om LHBTI-personer. Det er derfor lite kunnskap om eldre LHBTI-personers behov for og erfaringer med helse- og omsorgstjenesten. Kunnskapsgrunnlaget som sier noe om kjønnsidentitets- eller seksualitetsspesifikke behov er derfor lite.

[151] *Van Kück v. Tyskland* (35968/97) avsnitt 69.

[152] Diskrimineringsgrunnlagene seksuell orientering og kjønnsidentitet er blitt innfortolket i «other status» som beskyttede diskrimineringsgrunnlag gjennom EMDs praksis. Se blant annet *Identoba og andre v. Georgia* (73235/12) avsnitt 96.

[153] Ser mer om retten til helse under kapittel 9.

[154] E/C.12/2000/4 General Comment No. 14 (11 august 2000) avsnitt 33 og E/C.12/GC/20 General Comment No. 20 (2. juli 2009) avsnitt 32.

[155] Hentet fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratets sider om LHBTIQ den 10. oktober 2018: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/lhbtiq/Helse/

I regjeringens handlingsplan *Trygghet, mangfold, åpenhet* skriver Barne- og likestillingsdepartementet at LHBTI-personer ofte velger ikke å være åpne om sin seksuelle orientering eller kjønnsidentitet når de som eldre får økt behov for helse- og omsorgstjenester.[156] Det er grunn til å se dette i sammenheng med den samfunnsmessige konteksten eldre LHBTI-personer har levd i. Manglende rettigheter, kriminalisering av seksuell aktivitet mellom menn, internasjonal klassifisering av homofili og transidentiteter som psykiatriske diagnoser,[157] i tillegg til negative holdninger til lesbiske, homofile, bifile og transpersoner, gjør at mange ikke har vært eller kvier seg for å være åpne i alle sammenhenger. Mange eldre LHBTI-personer har opplevd diskriminering og frykter eller forventer avvisning, blant annet i helsevesenet.

I møte med helse- og omsorgstjenesten kan manglende åpenhet føre til at eldre LHBTI-personer ikke får den hjelpen de har behov for. Ettersom eldre LHBTI-personers livsløp ser annerledes ut enn livsløpene til eldre heterofile, kan dette også føre til at de har andre helse- og omsorgsbehov enn heterofile. Mange er for eksempel barnløse og enslige. Det kan gi mindre tilgang på uformell omsorg og dermed økt behov for helse- og omsorgstjenester fra det offentlige.[158]

8.3 Menneskerettslige utfordringer

Det er indikasjoner på at mange LHBTI-personer har dårligere helse enn andre og opplever særskilte utfordringer i møte med helsevesenet. Dette antas å forsterkes i møte med eldreomsorgen, hvor det mangler systematisert kunnskap.

NIM mener at dette kan føre til at LHBTI-personer ikke får den helsehjelpen de har behov for. Det kan igjen utfordre retten til den høyest oppnåelige helsestandarden etter ØSK artikkel 12 og diskrimineringsforbudet etter både ØSK og EMK.

ANBEFALING

- Myndighetene bør sikre økt kunnskap om eldre LHBTI-personers møte med helse- og omsorgstjenesten.

[156] *Trygghet, mangfold, åpenhet. Regjeringens handlingsplan mot diskriminering på grunn av seksuell orientering, kjønnsidentitet og kjønnsuttrykk 2017–2020*, s. 45–46.

[157] Verdens helseorganisasjon (WHO) i International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD).

[158] Hans Wiggo Kristiansen og Bjørn R. Lescher-Nuland, Aldring, livsløp og omsorgsbehov i Backer Grønningsæter et al (red), *Holdninger, levekår og livsløp – forskning om lesbiske, homofile og bifile*, 2013.

Litteraturliste

LOVER OG FORSKRIFTER

Grunnloven: lov 17. mai 1814 Kongeriket Norges grunnlov

Tannhelsetjenesteloven: lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten

Smittevernloven: lov 5. august 1994 nr. 55 om vern mot smittsomme sykdommer

Menneskerettsloven: lov 21. mai 1999 nr. 30 om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett

Helsepersonelloven: lov 2. juli 1999 nr. 64 om helsepersonell

Psykisk helsevernlov: lov 2. juli 1999 nr. 62 om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern

Pasient- og brukerrettighetslov: lov 2. juli 1999 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter

Spesialisthelsetjenesteloven: lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten

Arbeidsmiljøloven: lov 17. juni 2005 nr. 62 om arbeidsmiljø, arbeidstid og stillingsvern mv.

Vergemålsloven: lov 26. mars 2010 nr. 37 om vergemål

Omsorgstjenesteloven: lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m.

NIM-loven: lov 22. mai 2015 nr. 33 om Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter

Likestillings- og diskrimineringsloven: lov 16. juni 2017 nr. 51 om likestilling og forbud mot diskriminering

Diskrimineringsombudsloven: lov 16. juni 2017 nr. 50 om Likestillings- og diskrimineringsombudet og Diskrimineringsnemda

Forskrift om pseudonymt register: forskrift 17. februar 2006 nr. 204 om pseudonymt register for individbasert helse- og omsorgsstatistikk

Forskrift om universell utforming: forskrift av 21. desember 2013 nr. 732 om universell utforming av informasjons- og kommunikasjonsteknologiske (IKT)-løsninger

FORARBEIDER TIL LOVER, RUNDSKRIV OG TOLKNINGSUTTALELSER

Ot.prp. nr. 3 (1998–99): Om lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven)

Ot.prp. nr. 110 (2008–2009): Om lov om vergemål (vergemålsloven)

Dokument 16 (2011–2012): Rapport til Stortingets presidentskap fra Menneskerettighetsutvalget om menneskerettigheter i Grunnloven, avgitt 19. desember 2011

Prop. 106 S (2011–2012): Samtykke til ratifikasjon av FN-konvensjonen av 13. desember 2006 om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne

Meld. St. 29 (2012–2013): Morgendagens omsorg

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): Opptrappingsplan 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 nedverdigende 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 Utenriksdepartemenet 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., Borchgrenvink 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 undersøking 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

Slettemeås 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.rettsdata.no), note 174

Syse A., Pham D.Q. og Keilman N., Befolkningsfremskrivinger 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

Pasientsikkerhetsprogrammet: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Likestillings- og diskrimineringsombudet: www.ldo.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
www.nhri.no