

KUNNSKAPSOPPDATERING

# Eldres menneskerettigheter

På stedet hvil?



Norges institusjon for  
menneskerettigheter

# Innhold

<b>Innledning</b>	<b>4</b>
<b>1. Vold og overgrep mot eldre</b>	<b>6</b>
1.1 Rettslige rammer	6
1.2 Tiltak fra myndighetene	7
1.3 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget	9
1.4 Menneskerettslige utfordringer	11
<b>2. Tvungen helsehjelp</b>	<b>13</b>
2.1 Rettslige rammer	13
2.2 Tiltak fra myndighetene	16
2.3 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget	17
2.4 Menneskerettslige utfordringer	19
<b>3. Underernæring og uheldig legemiddelbruk</b>	<b>21</b>
3.1 Rettslige rammer	21
3.2 Tiltak fra myndighetene	23
3.3 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget – underernæring	24
3.4 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget – uheldig legemiddelbruk	25
3.5 Menneskerettslige utfordringer	26
<b>Litteraturliste</b>	<b>28</b>



# Innledning

Eldre har de samme menneskerettighetene som alle andre. I praksis er det likevel mange eldre som opplever at de ikke får rettighetene sine innfridd. Dette var et gjennomgående funn i NIMs rapport «Eldres menneskerettigheter – syv utfordringer», som ble utgitt i 2019.<sup>1</sup> Rapporten viste at eldre møtte menneskerettslige utfordringer på en rekke områder i Norge.<sup>2</sup>

Det er mye som tyder på at situasjonen fortsatt er alvorlig: Flere mediesaker har illustrert at det fortsatt eksisterer mangler og til og med lovbrudd i eldreomsorgen.<sup>3</sup> I tillegg har rapporter, tilsyn og forskningsstudier dokumentert at mange sårbare eldre ikke får innfridd sine rettigheter.<sup>4</sup> Smitteverntiltak under covid 19-pandemien ser for eksempel ut til å ha særlig rammet mange eldre hardt.<sup>5</sup>

De siste årene har Norge fått flere anbefalinger fra internasjonale organer om eldres

menneskerettigheter.<sup>6</sup> FNs komité for økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK-komiteen) anbefalte Norge i 2020 å styrke innsatsen for å forebygge og etterforske vold og overgrep mot eldre. Norge ble også anbefalt å ta umiddelbare grep for å adressere underernæring blant eldre på sykehjem.<sup>7</sup> I tillegg kom Europarådets overvåkningsorgan for etterlevelse av Istanbulkonvensjonen (GREVIO) i 2022 med anbefalinger til Norge om å styrke tiltak for å forebygge og bekjempe vold mot eldre kvinner.<sup>8</sup> FNs komité for personer med nedsatt funk-

<sup>1</sup> Norges Institusjon for Menneskerettigheter (NIM), *Eldres menneskerettigheter – Syv utfordringer* (Oslo: NIM, 2019).

<sup>2</sup> Rapporten omtalte syv temaer: vergemål, vold og overgrep, tvungen helsehjelp, aldersdiskriminering utenfor arbeidslivet, universell utforming, underernæring og uheldig legemiddelbruk samt eldre lhbt-personers møte med helse- og omsorgstjenesten.

<sup>3</sup> Se f.eks. NRK, *Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører*, Oslo: NRK, 25.01.2023.

<sup>4</sup> Denne rapporten går igjennom flere rapporter som viser utviklingen siden forrige rapport. For en oversikt over utviklingen i levekårene til pleie- og omsorgstrengende eldre de senere årene, se Hammersland, R. og Barstad, A., *Humanitære behov i Norge: Status 2022* (Oslo: Statistisk Sentralbyrå, rapport nr. 33), 2022, s. 63-65.

<sup>5</sup> Se blant annet NIMs rapport *Ivaretagelsen av menneskerettighetene ved håndteringen av utbruddet av covid-19* (Oslo: NIM, 2020), s. 91-96).

<sup>6</sup> Slike anbefalinger er ikke rettslig bindende for statspartene, men er anbefalinger om det de ulike komiteene anser som optimal praksis.

<sup>7</sup> ØSK-komiteen, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6, 02.04.2020.

<sup>8</sup> GREVIO, *Baseline Evaluation Report Norway*, 25.11.2022, para. 20 b.

sjonsevne (CRPD-komiteen) uttrykte i 2019 også bekymring for tvangsbruk rettet mot eldre, særlig personer med demens og beboere på sykehjem. Komiteen anbefalte Norge blant annet å styrke prosessuelle garantier og kontrollfunksjoner ved tvangsbruk, gi opplæring til ansatte og prioritere samfunnsbaserte og likepersonstyrte støttetiltak.<sup>9</sup>

Regjeringen har likevel besluttet at Eldreombudet, som ble opprettet i 2020, skal legges ned fra 1. juli 2023.<sup>10</sup> Selv om andre aktører vil ivareta deler av Eldreombudets ansvarsområde, medfører nedleggelsen at eldre i Norge mister en nasjonal helhetlig ordning som fremmer rettighetene til denne sammensatte gruppen.

Gjennom denne rapporten foretar NIM en vurdering av sårbare eldres menneskerettighetssituasjon i dag, sett opp mot konklusjonene NIM kom med i 2019.<sup>11</sup> Rapporten omtaler tre temaer som ble trukket frem den gang:

1. Vold og overgrep
2. Tvungen helsehjelp
3. Underernæring og uheldig legemiddelbruk

Formålet med rapporten er ikke å gi en fullstendig oversikt over alt som har skjedd på de ulike feltene, men å gi en overordnet gjennomgang av sentrale utviklingstrekk og tiltak fra myndighetene siden forrige rapport. Hvert kapittel avsluttes med en kort ny vurdering av den menneskerettslige situasjonen, og anbefalinger til myndighetene om videre oppfølging. Rapporten viser at det fortsatt er svakheter i hvordan eldres menneskerettigheter ivaretas i praksis i Norge. På flere områder er det fortsatt store utfordringer og fortsatt uklart om menneskerettighetene sikres.

SSB anslår at det i løpet av de neste ti årene vil være flere eldre enn barn i Norge, og at andelen personer over 70 år forventes å nesten dobles innen 2060.<sup>12</sup> Med andre ord vil de menneskerettslige utfordringene som omtales i denne rapporten gjelde flere i fremtiden, og det vil være et økende behov for helsehjelp i befolkningen. Vi håper at denne rapporten kan bidra til at eldre i større grad får innfridd sine menneskerettigheter, også når eldreølgen øker i omfang.

<sup>9</sup> CRPD-komiteen, *Concluding observations on the initial report of Norway*, CRPD/C/NOR/CO/1 07.05.2019, avsn. 24 b og 32 c. Anbefalingene er del av komiteens overordnede anbefaling om å avvikle all tvangsbruk og frihetsberøvelse, også innen helse- og omsorgstjenester.

<sup>10</sup> Prop. 56 L (2022-2023).

<sup>11</sup> NIM har gjennomgått tiltak, rapporter og forskning som er offentliggjort etter forrige eldrerapport ble utgitt i 2019. Grunnlaget for kunnskapen som presenteres er i flere tilfeller derfor innhentet før den forrige rapporten ble publisert.

<sup>12</sup> Tømmerås, A. M. og Thomas, M. J., *Nasjonale befolkningsframskrivinger 2022: Sammendrag av forutsetninger og resultater* (Oslo: Statistisk Sentralbyrå, rapport nr. 29, 2022).

# 1. Vold og overgrep mot eldre

NIMs eldrerapport fra 2019 pekte på at vold og overgrep mot sårbare eldre utgjorde en menneskerettslig utfordring. NIM konkluderte med at myndighetene ikke i tilstrekkelig grad ivaretok sin forpliktelse til å iverksette målrettede tiltak med utgangspunkt i Eldres behov og sårbarhet. I tillegg påpekte NIM at det manglet tilstrekkelig fungerende systemer, verktøy og kompetanse for å avdekke og håndtere tilfeller av vold i nære relasjoner og vold mot eldre som bor på institusjon.

**NIM spør: Hva har skjedd siden sist?**

## 1.1 Rettslige rammer

De menneskerettslige forpliktelsene til å forebygge, avverge, beskytte mot og etterforske og straffeforfølge vold og overgrep mellom privatpersoner, omtales gjerne som statens sikringsplikt. Den forplikter ikke bare statene til å selv avstå fra menneskerettsstridig maktutøvelse, men til å handle aktivt for å hindre voldsutøvelse mellom privatpersoner. Sikringsplikten følger av en rekke menneskerettskonvensjoner, herunder Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK) og Istanbulkonvensjonen.

Statens sikringsplikt inntreder der staten har visst eller burde ha visst at det forelå en reell og umiddelbar risiko for vold og overgrep. Dersom disse vilkårene er oppfylt, må myndighetene utføre alle rimelige tiltak som kan forhindre at risikoen materialiserer seg. Staten kan selv vurdere hvilke tiltak som settes inn, men tiltakene må være egnet til å forhindre vold og overgrep, og bidra til praktisk og effektiv beskyttelse. Mangelfull koordinering og manglende tiltak eller handling kan føre til at statens menneskerettsforpliktelser brytes. Dersom den voldsutsatte er en sårbar person, for eksempel på grunn av alder, har myndighetene en særlig sterk forpliktelse til både å treffe tiltak og til

å sørge for at personen gis reell beskyttelse.<sup>13</sup>

Dette betyr konkret at politiet må beskytte voldsutsatte ved kjent risiko for vold og overgrep, og sikre effektiv etterforskning av slike saker. Det betyr også at annet hjelpeapparat, slik som helsevesenet, må ha gode og effektive tiltak for å beskytte personer mot vold og overgrep. Staten er forpliktet til å sørge for en rekke forebyggings- og beskyttelsestiltak, for eksempel at det finnes nok kunnskap og andre «verktøy» til å oppdage at eldre utsettes for vold eller overgrep. Staten må også sørge for at voldsutsatte eldre gis behandling for volden de er utsatt for.

Det kreves en helhetlig, kunnskapsbasert og ressursmessig tilstrekkelig respons fra myndighetene i møte med vold og overgrep. Handlingsplaner kan ifølge Istanbulkonvensjonen være nyttige redskap.<sup>14</sup>

Norges menneskerettslige forpliktelser til å beskytte eldre mot vold og overgrep er iva-

retatt i norsk lovgivning på flere måter.

Straffelovgivningen regulerer for eksempel politiets etterforsknings- og beskyttelsesplikt. For både politi og annet hjelpeapparat er avvergeplikten i straffeloven § 196 viktig. Helsevesenets ansvar for å forebygge, avdekke og avverge vold og seksuelle overgrep reguleres også i ulike deler av helselovgivningen, for eksempel tannhelsetjenesteloven § 1-3 c, spesialisthelsetjenesteloven § 2-1 f, og lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. § 3-3 a.

## 1.2 Tiltak fra myndighetene

NIMs rapport fra 2019 viste at tiltak som eksplisitt tok for seg vold mot eldre i stor grad var fraværende i regjeringens handlings- og opptrappingsplaner mot vold i nære relasjoner. Regjeringens nåværende handlingsplan mot vold i nære relasjoner for perioden 2021–2024, *Frihet fra vold*, definerer statens tiltak på området. Planen omfatter alle aldersgrupper og nevner også utfordringer knyttet til voldsutsatthet for eldre. Samtidig er det kun et fåtall av tiltakene i planen som retter seg mot denne gruppen.<sup>15</sup>

<sup>13</sup> Fra EMDs praksis, se f.eks. *Opuz v. Tyrkia* (33401/02) – kvinne utsatt for vold av tidligere ektemann, som også drepte sin tidligere svigermor; *Z m.fl. v. Storbritannia* (29392/95) – omsorgssvikt overfor barn; *Irina Smirnova v. Ukraina* (1870/05) – en eldre kvinne som delte leilighet med yngre menn ble utsatt for vold fra disse; *V.C. v. Italia* (54227/14) – en 15-årig jente ble del av en prostitusjonsring; *Kurt v. Østerrike* (62903/15) – barn utsatt for vold i nære relasjoner. Se også Rt. 2013 s. 588, avsn. 45–50 med videre henvisinger. Særlig viktig på feltet er *Europarådets konvensjon om forebygging og nedkjemping av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner* (Istanbulkonvensjonen), CETS No.210 (11.05.2011, trådte i kraft 01.08.2014). Den er tydelig på hvilke krav som stilles til hvordan statene skal utforme tiltak på feltet, og er tydeligere og mer spesifikk enn ordlyden i flere tidligere menneskerettighetsinstrumenter.

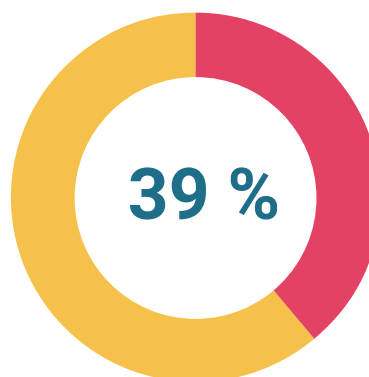
<sup>14</sup> Se Istanbulkonvensjonens bestemmelser.

<sup>15</sup> Justis- og beredskapsdepartementet, *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021-2024*. Se for eksempel tiltak 31 om styrking av TryggEst (s. 47), tiltak 33 om evaluering av telefon tjenester, herunder hjelpetelefon for voldsutsatte eldre (s. 47). Se også «Eldre over 65 år utsettes for vold i nære relasjoner» (s. 19) og tiltak knyttet til tolking på samisk: «behovet for tolk gjør seg særlig gjeldende for voldsutsatte eldre» (s. 68).

Siden 2008 har regjeringen anbefalt kommuner å utarbeide egne handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. En gjennomgang Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS) gjorde i 2016 viste at kun en tredjedel av norske kommuner hadde slike handlingsplaner, og at det var få tiltak rettet mot eldre i de planene som fantes.<sup>16</sup> Andelen kommuner med handlingsplaner har økt de senere årene, men det er usikkert hvor stor andel av disse som i dag har tiltak rettet mot eldre.<sup>17</sup> Det er for øvrig langt vanligere at kommunene rapporterer å jobbe aktivt mot vold og overgrep mot barn og unge, enn overfor eldre aldersgrupper. I en spørreundersøkelse blant landets kommuner i 2019 oppga to av tre respondenter at deres kommunes arbeid mot vold og overgrep i stor grad rettet seg mot barn og unge, mens kun én av fem svarte at deres kommune i stor grad jobbet med voksne.<sup>18</sup>

TryggEst er et verktøy som brukes av kommuner i arbeidet for å forebygge, avdekke og håndtere vold og overgrep mot risikoutsatte voksne som i liten grad er i stand til å beskytte seg mot og melde ifra om overgrep. En gjennomgang av forsøksperioden

2018–2020 konkluderte med at programmet har bidratt til at det ble avdekket seks til åtte ganger så mange saker sammenliknet med før programmet ble tatt i bruk, og fant en markant økning i andelen saker med eldre fornærmede.<sup>19</sup>



**39 prosent:** Andel av den norske befolkningen som bor i en kommune som tar i bruk verktøyet TryggEst eller har vedtatt oppstart. Anslag fra Bufdir.

I henhold til regjeringens handlingsplan mot vold i nære relasjoner, skal TryggEst styrkes, «slik at flere kommuner kan få opplæring og kunnskap i arbeidet med å avdekke, fange opp og gi hjelp til sårbare og utsatte voksne».

<sup>16</sup> Se Sandmoe, A., *Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre voldsutsatte?* (Oslo: NKVTS, Rapport nr. 9, 2016), s. 6 flg. NKVTS lanserte i 2022 en veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner. Denne innehar et fokus på risikoutsatte grupper, herunder eldre. Se NKVTS, *Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner, 2022.*

<sup>17</sup> Statistisk sentralbyrå, *Kommunens krisesentertilbud og tiltak mot vold i nære relasjoner* (KOSTRA-skjema 7B) 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022. 2023. Hentet fra Statistikkbanken 12.05.2023. I 2022 oppga 66 prosent av landets å ha enten en egen politisk plan mot vold i nære relasjoner, eller å ha en plan for dette arbeidet i samarbeid med andre.

<sup>18</sup> Myrvold, T., Holtan Møller, G., og Hatleskog Zeiner, H., *Evaluerer av Opptappingsplanen mot vold og overgrep. Underveisrapport* (Oslo: OsloMet, NIBR-rapport 18, 2020), s. 74.

<sup>19</sup> Elvegård, K., m.fl., *TryggEst: Bedre beskyttelse av overgrepsutsatte voksne - Sluttrapport: To års forsøk med TryggEst* (Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, 2020), s. xi og 95.



ne».<sup>20</sup> Det er frivillig for kommuner å delta i programmet. Det er nå 56 kommuner og bydeler som deltar eller har vedtatt oppstart i TryggEst. Disse kommunene omfatter omtrent 39 prosent av befolkningen.<sup>21</sup> I en rapport fra 2021 om vold, overgrep og forsømmelser ved norske sykehjem fremmet Helsedirektoratet en rekke anbefalinger til Helse- og omsorgsdepartementet om hvordan man kan jobbe mer strukturert og helhetlig for å forebygge og avdekke vold og overgrep. Direktoratet uttalte blant annet at

«[d]et er behov for at vold, overgrep og forsømmelser kommer på agendaen i arbeidet med flere nasjonale satsinger rettet mot eldre, og at det jobbes for at helsepersonell utvikler en omforent holdning og forståelse for vold blant eldre, begrepsbruk og lovverk».<sup>22</sup>

Det anbefales også at «Helsetilsynet gjør et landsomfattende tilsyn på hvordan det jobbes med å forebygge, avdekke og avverge vold, overgrep og forsømmelser blant eldre i sykehjem og boliger med heldøgns omsorg».<sup>23</sup>

Helse- og omsorgsdepartementet har gitt Helsedirektoratet i oppdrag å gjennomgå

nåværende virkemidler og prosedyrer for utredning og håndtering av vold mot eldre og vurdere effektive meldesystemer, samt utrede etablering av nasjonale faglige retningslinjer i eldrevoldssaker. Departementet har også bedt Helsedirektoratet om å gi en helhetlig vurdering og prioritering av hvilke tiltak som bidrar til å styrke innsatsen for å forebygge, avdekke, avverge og håndtere eldrevold i omsorgssektoren.<sup>24</sup>

### 1.3 Utvikling i kunnskapsgrunlaget

NKVTS sin forekomststudie fra 2017 om vold og overgrep mot eldre hjemmeboende personer i Norge indikerte at mellom 6,8 og 9,2 prosent av hjemmeboende eldre hadde blitt utsatt for vold eller overgrep etter at de fylte 65 år, og at de fleste var i nær relasjon til voldsutøveren. Rapportforfatterne karakteriserte vold mot hjemmeboende eldre som et «usynlig samfunnsproblem».<sup>25</sup>

De siste årene er det gjort flere studier som har bidratt til kunnskap om observasjoner av vold og overgrep mot eldre fra pleieansatte, pårørende og uformelle omsorgsgivere. I studiene anvendes begreper som vold (inklusive psykisk vold), overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon. Begrepene omhandler til dels svært

<sup>20</sup> Justis- og beredskapsdepartementet, *Frihet fra vold*, s. 47.

<sup>21</sup> Bufdir, E-post til NIM 24.05.2023. Se også Bufdir, *TryggEst – vern for risikoutsatte voksne*, hentet 02.05.2023.

<sup>22</sup> Helsedirektoratet, *Vold, overgrep og forsømmelser i norske sykehjem - om omfang og pågående forebyggende arbeid* (Oslo: Helsedirektoratet, 2021), s. 22.

<sup>23</sup> *Ibid*, s. 20.

<sup>24</sup> Dokument 15:990 (2022-2023) *Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren*, 13.01.2023.

<sup>25</sup> Sandmoe, A., m.fl., *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie* (Oslo: NKVTS, rapport nr. 9, 2017). Tallene viser til den samlede forekomsten av fysisk vold, samt psykiske, seksuelle og økonomiske overgrep (se rapporten s. 47).

forskjellige fenomener, og anvendes noe ulikt i ulike studier. De betegner handlinger mellom ulike personkategorier, og beskriver til dels overlappende fenomener som har flere av de samme risikofaktorene og som kan opptre samtidig.<sup>26</sup> Dette betyr også at ikke alle handlinger som blir beskrevet i forskningen faller inn under de strafferettslige kravene til hva som er en voldshandling.

En spørreundersøkelse gjennomført blant pleieansatte på norske sykehjem høsten 2018 indikerer at uønskede hendelser som forsømmelser samt vold og aggresjon er utbredt på norske sykehjem.<sup>27</sup> Dette gjelder både uønskede hendelser fra pleieansatte mot beboere, fra pårørende mot beboere og mellom beboere. En spørreundersøkelse fra 2022 blant uformelle omsorgsgivere for hjemmeboende personer med demens i

Norge tyder også på at liknende uønskede hendelser er utbredt overfor denne gruppen. Her var hendelser av psykisk karakter mest utbredt.<sup>28</sup> I begge studiene rapporterte et fåtall om økonomiske, materielle eller seksuelle overgrep.

Flere nyere studier og rapporter tyder på at vold mot eldre ikke blir avdekket og håndtert tilstrekkelig. Dette gjelder blant annet på sykehjem. Kvalitative studier gjennomført blant personer i ledelsen på sykehjem i 2022 fant at ledere manglet nødvendige kunnskaper og strategier for å avdekke og håndtere hendelser med vold, overgrep og forsømmelser mot eldre og at det norske systemet for rapportering av avvik ikke er godt nok rustet til å avdekke vold og overgrep mot eldre.<sup>29</sup> I tillegg viste Sivilombudets besøk til fem sykehjem i 2020 og 2022

<sup>26</sup> Sandmoe, A., m.fl., «Vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon: Begrepsbruk i en norsk sykehjemskontekst», *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8, nr. 3 (2022).

<sup>27</sup> Funnene oppsummeres i Helsedirektoratet, *Vold, overgrep og forsømmelser i norske sykehjem - om omfang og pågående forebyggende arbeid* (Oslo: Helsedirektoratet, 2021). Undersøkelsen kartlegger omfanget av de følgende formene av vold og overgrep: psykisk vold («verbal eller ikke-verbal atferd som kan resultere i en følelse av psykisk smerte, frykt eller nød»), fysisk vold («Bruk av fysisk makt som kan resultere i akutt eller kronisk lidelse, fysisk skade, smerte, funksjonshemming, nød eller død»), økonomisk/materiell vold («Ulovlig, uautorisert eller feil bruk av en eldre persons ressurser, eller intensjonell ødeleggelse av materielle ting av betydning»), seksuelle overgrep («Tvungen og/eller uønsket seksuell interaksjon (berøring eller ikke berøring) av noe slag med en eldre person») og forsømmelser begått av helsepersonell («Mangelfull eller unnlattelse av å beskytte en eldre person mot skade eller å oppfylle grunnleggende pleie- og omsorgsbehov, fra formelle eller uformelle omsorgsgivere (intensjonelt eller ikke-intensjonelt)), Aggressive hendelser kan betegnes som ulike former for handlinger som er negative og invaderende, og som potensielt kan skape fysisk eller psykisk stress eller skade. Aggressive handlinger kan også være de overnevnte formene for vold og overgrep, med unntak av forsømmelser fra helsepersonell. Se rapporten s. 6 og videre henvisninger til studier rapporten baserer seg på.

<sup>28</sup> Steinsheim, G. m.fl., «Abusive episodes among home-dwelling persons with dementia and their informal caregivers: a cross-sectional Norwegian study», *BMC Geriatrics* 22, nr. 852 (2022). Studien tar i bruk begrepene *abuse* (herunder psykologisk, fysisk, økonomisk/finansielt, seksuelt) og *neglect* (tilsvarende forsømmelser). 6,5 prosent rapporterte å ha begått minst en forsømmelse i løpet av det siste året.

<sup>29</sup> Myhre, J. m.fl., «Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect», *Health Services Research* 20, nr. 199 (2020). Myhre, J., m.fl., «Nursing home leaders' perception of factors influencing the reporting of elder abuse and neglect: a qualitative study», *Journal of Health Organization and Management* 34, nr. 6 (2020).

at ansatte manglet kompetanse om forebygging og håndtering av vold og overgrep mot eldre.<sup>30</sup> En kvalitativ intervjustudie med pårørende til pasienter som hadde blitt utsatt for vold, overgrep eller forsømmelser på sykehjem, fant at de pårørende opplevde samarbeidet som svært utfordrende, og at de ansatte og de pårørende manglet felles virkelighetsforståelse.<sup>31</sup>

I deres gjennomgang av eksisterende forskning fra 2019 og 2020 identifiserte Folkehelseinstituttet vold mot eldre som et område det forskes lite på.<sup>32</sup>

I 2022 publiserte Riksrevisjonen en rapport som viste at det er alvorlige svakheter i myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner. I likhet med andre grupper som er utsatt for vold og overgrep, kan dette få konsekvenser for voldsutsatte eldre. Riksrevisjonen fant blant annet at:

- sentrale aktører, slik som fastleger, mangler kunnskap om når og hvordan de skal melde fra ved mistanke om vold
- samordningen mellom ulike kommunale og statlige aktører på voldsfeltet byr på utfordringer

- kvaliteten på voldsarbeidet varierer mellom ulike kommuner
- politiets risikovurderingsverktøy for vold i nære relasjoner ikke fanger opp risiko for eldre.<sup>33</sup>

#### 1.4 Menneskerettslige utfordringer

Forekomsttallene indikerer at vold mot eldre er et vedvarende problem og en menneskerettslig utfordring, både for hjemmeboende personer over 65 år og personer som bor på sykehjem. Kunnskapsgrunnlaget viser også at det er svakheter i hvordan myndighetene ivaretar sin plikt til å iverksette målrettede tiltak med utgangspunkt i eldres behov og sårbarhet, slik det følger både av EMK og Istanbulkonvensjonen.

Selv om andelen kommuner som benytter seg av verktøyet TryggEst har økt de senere årene, har det store flertallet av landets kommuner ikke tatt i bruk verktøyet. Flere sykehjem har heller ikke god nok kunnskap og strategier for å avdekke og håndtere hendelser med vold og overgrep. I tillegg fanger ikke politiets risikovurderingsverktøy for vold i nære relasjoner opp risiko for eldre. Det er dermed risiko for at myndighetene i mange tilfeller ikke ivaretar sine menneske-

<sup>30</sup> Sivilombudet, *Sivilombudets besøk til sykehjem 2020-2022. Oppsummering av de viktigste funnene* (Oslo: Sivilombudet, 2022), s. 6-7.

<sup>31</sup> Blekken, L. B., «Vi kjemper en kamp», *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8, nr. 1 (2022).

<sup>32</sup> Se Hestevik, C. H., m.fl. *Norsk forskning om forebyggende tiltak og hjelpetiltak mot vold i nære relasjoner: Et forskningskart* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020), s. 8. Se også Kornør, H. m.fl. *Behandlingstiltak for personer som er utsatt for eller utøver vold: Et forskningskart over systematiske oversikter* (Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019).

<sup>33</sup> Dokument 3:8 (2021–2022) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner*, 09.06.2022.

rettslige forpliktelser om å forebygge og beskytte eldre mot vold og overgrep.

Videre er eldre voldsutsatte i liten grad eksplisitt nevnt i handlingsplanverket mot vold i nære relasjoner, både på statlig og kommunalt nivå. Kunnskapsgrunnlaget viser også at mye tyder på at det mangler overordnede strategier eller handlingsplaner for å hindre vold og overgrep mot beboere på institusjon, som for eksempel på sykehjem. Dette betyr at det er stor risiko for at myndighetenes innsats ikke er tilstrekkelig helhetlig og koordinert, slik Istanbulkonvensjonen krever.

Istanbulkonvensjonen krever en kunnskapsbasert tilnærming til voldsfeltet og konvensjonens artikkel 11 krever at myndighetene sørger for forskning og datainnsamling på tematikken. Slik datainnsamling og forskning er en essensiell komponent for å utvikle effektive og adekvate tiltak for å forhindre, avverge og beskytte mot vold og overgrep.<sup>34</sup> Det er fremdeles betydelige kunnskapshull på området, til tross for at noen større studier om temaet er blitt gjennomført de senere årene. Dette gjelder både forskning om vold og overgrep mot eldre, og om myndighetene og hjelpeapparatets arbeid på området. Også dette er utfordrende i et menneskerettslig perspektiv.

## NIM anbefaler

Myndighetene må styrke sitt arbeid for å beskytte eldre mot vold og overgrep, både overfor hjemmeboende eldre og eldre på institusjon. Dette inkluderer blant annet å:

- sørge for nødvendig forskning
- sørge for utvikling og implementering av verktøy for å forebygge, avdekke og beskytte mot vold og overgrep
- sikre at det finnes relevante, overordnede strategier og handlingsplaner mot vold og overgrep mot eldre
- sørge for nødvendig kunnskap om voldsutsatte eldre hos relevant helsepersonell

<sup>34</sup> Europarådet, *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, CETS 210 (11.05.2011), avsn. 74-82. Explanatory Report gir en utførlig beskrivelse av hvilken informasjon som bør fremkomme i datainnsamlingen og i forskningen, og hvilke formål informasjonen skal tjene.

## 2. Tvungen helsehjelp

NIMs eldrerapport fra 2019 pekte på at eksisterende praksis med tvungen helsehjelp på sykehjem ofte ikke tilfredsstillende krav til forståelse av samtykkekompetanse, kunnskap om når det foreligger et gyldig samtykke, hvilke situasjoner som kan karakteriseres som motstand og at kravene til dokumentasjon og klageadgang ikke oppfylles. Dette utfordrer sentrale menneskerettslige krav til bruk av tvungen helsehjelp.

**NIM spør: Hva har skjedd siden sist?**

### 2.1 Rettslige rammer

Adgangen til å utføre tvungen helsehjelp begrenses av flere menneskerettigheter, herunder forbudet mot nedverdiggende og uverdiggende behandling, retten til privatliv og retten til frihet og sikkerhet (begrensninger for frihetsberøvelse). Spørsmålet er hvilken adgang man menneskerettslig sett har til å gi tvungen helsehjelp, for eksempel i situasjoner der fravær av tvungen helsehjelp truer pasientens liv, eller kan gi annen alvorlig skade. Tvungen helsehjelp kan bestå i tilbakeholdelse av person samt opphold på institusjon mot personens vilje, for eksempel på sykehjem. Tvungen helsehjelp kan også være mindre inngripende tiltak som tvungent sårstell eller tekniske innretninger

(for eksempel innlåsing) for å hindre farlig utgang fra sykehjemmet.

Forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling er forankret i EMK artikkel 3.<sup>35</sup> Det sentrale for vurderingen av om bestemmelsen kommer til anvendelse, er behandlingens alvorlighetsgrad. Vurderingen av alvorlighetsgrad er en helhetsvurdering, der momenter som behandlingens varighet, de fysiske og psykiske effektene behandlingen har, kjønn, alder og helsetilstand, er relevante.<sup>36</sup> Personer med psykiske helseproblemer er særlig sårbare, noe som er av betydning for vurderingen etter artikkel 3.<sup>37</sup> For personer som allerede er frihetsberøvet legger Den europeiske menneskeretts-

<sup>35</sup> I det følgende vurderes rettighetene etter *Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter* (EMK), CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953). Rettighetene som omtales her finnes også i en rekke andre menneskerettskonvensjoner og i Grunnloven.

<sup>36</sup> Se f.eks. *Bataliny v. Russland* (10060/07) avsn. 82 og *Gorobet v. Moldova* (30951/10) avsn. 50. Se også *Aggerholm v. Danmark* (45439/18) avsn. 79 og *M.S. v. Kroatia* (No. 2) (75450/12) avsn. 95.

<sup>37</sup> *Aggerholm v. Danmark*, avsn. 81 og *M.S. v. Kroatia*, avsn. 96.

domstol (EMD) også vekt på at tvangstiltak vil være en ytterligere innskrenkning av en allerede begrenset personlig autonomi.<sup>38</sup>

Selv om et behandlingstiltak er av en slik alvorlighetsgrad at artikkel 3 i utgangspunktet kan komme til anvendelse, vil man også måtte vurdere begrunnelsen for tiltaket. I flere saker har EMD gått langt i å si at dersom tvangstiltak er faglig begrunnet og medisinsk nødvendig, så vil de som et klart utgangspunkt være tillatt.<sup>39</sup> Bruken av tiltaket må vurderes ut fra formålet med tiltaket. Tiltaket må også være undergitt rettsikkerhetsgarantier.<sup>40</sup> Dette betyr at helsepersonell blant annet må vurdere om tiltaket de utfører er undergitt en grundig helsefaglig vurdering. I tillegg må de ha kunnskap om saksbehandlingsregler.

I saker der det blir brukt såkalte «restraints», som belter eller lignende, er det vilkår om at bruken av disse må være siste utvei for å forhindre umiddelbar skade på en selv eller andre, og særlige rettsikkerhetsgarantier må ivaretas.<sup>41</sup>

Tiltak som ikke vurderes å nå opp til alvorlighetsgraden som kreves etter EMK artikkel 3, vurderes under retten til privatliv. Et hvert tiltak som griper inn i en persons fysiske eller psykiske integritet og som strider mot personens vilje, vil som utgangspunkt utgjøre et inngrep i retten til privatliv etter EMK artikkel 8. Har man samtykket til helsehjelp, vil det som et utgangspunkt ikke foreligge et inngrep i EMK artikkel 8.<sup>42</sup> Man står fritt til å velge bort helsehjelp, også der utfallet av å ikke motta helsehjelpen kan være dødelig.<sup>43</sup>

For at et samtykke til å motta eller til å ikke motta helsehjelp skal være gyldig, må det være informert og basert på fullstendig kunnskap om faktum, i tillegg til at det må være knyttet visse rettsikkerhetsmekanismer til samtykket. Sentralt for vurderingen av om samtykket er gyldig eller ikke, er om en person er samtykkekompetent.<sup>44</sup> I praksis betyr dette at helsepersonellet må vurdere hva som utgjør et gyldig samtykke og ha nødvendig kunnskap til å foreta vurde-

<sup>38</sup> *Munjaz v. Storbritannia* (2913/06) avsn. 80. Dette ble uttalt i relasjon til artikkel 8, men er trolig av betydning også etter artikkel 3.

<sup>39</sup> *Bataliny v. Russland*, avsn. 87 og *Gorobet v. Moldova*, avsn. 51. Se *Aggerholm v. Danmark*, avsn. 83 og *M.S. v. Kroatia*, avsn. 98.

<sup>40</sup> *Gorobet v. Moldova*, avsn. 51.

<sup>41</sup> Se *Aggerholm v. Danmark*, avsn. 95 og *M.S. v. Kroatia*, avsn. 104 og 105.

<sup>42</sup> Det finnes for øvrig også praksis fra EMD der tiltak man gyldig samtykker til likevel kan utgjøre et inngrep i retten til privatliv fordi tiltaket påvirker kvaliteten på personens privatliv og autonomi i en slik grad at det bør knyttes visse krav til inngrepet i tråd med EMK artikkel 8 andre ledd, se *National Federation of Sportspersons' Associations and Unions (FNASS) m.fl. v. Frankrike* (48151/11 og 77769/13).

<sup>43</sup> *Pretty v. Storbritannia* (2346/02) avsn. 63.

<sup>44</sup> Om kravene til samtykke, se *Boze v. Latvia* (40927/05) avsn. 69. Om helsehjelp spesielt, se *Arskaya v. Ukraine* (45076/05) avsn. 69 og *Pretty v. Storbritannia*, avsn. 63.

ringer av samtykkekompetanse og regelverket knyttet til dette.<sup>45</sup>

Der hvor det foreligger et *inngrep* i retten til privatliv, må visse vilkår være oppfylt for at inngrepet ikke skal utgjøre et *brudd* på rettigheten. Etter EMK artikkel 8 nr. 2 er vilkårene at inngrep må ha hjemmel i lov, forfølge et relevant formål, og være nødvendig og forholdsmessig sett hen til dette formålet. For å oppfylle disse kravene, må den tvungne helsehjelpen følge det minste inngreps prinsipp: Tvang skal være siste utvei og stå i forhold til det man ønsker å oppnå.<sup>46</sup> Den som skal utføre tvangen må vurdere om alternative og mindre inngripende tiltak kan iverksettes.

Videre er det viktig å ivareta sentrale rettsikkerhetsgarantier som skriftlige vedtak om bruk av tvang, klageadgang og andre prosessuelle garantier.<sup>47</sup> Også dette setter krav til helsepersonellens kunnskap om hvilke rutiner som skal følges i en tvangssituasjon, men også at rutiner for saksbehandling faktisk er etablert og virksomme.

Retten til frihet og sikkerhet er forankret i EMK artikkel 5, og det er bare i visse situasjoner noen kan frihetsberøves. Dersom man er det EMK artikkel 5 kaller «of *unsound mind*», for eksempel at man har demens eller demenslignende sykdommer, så vil man under visse vilkår kunne frihetsberøves, jf. artikkel 5 første ledd bokstav 3).<sup>48</sup> CRPD artikkel 14 har også regler om frihetsberøvelse.<sup>49</sup>

I vurderingen av hva som utgjør en frihetsberøvelse tar man utgangspunkt i den konkrete situasjonen. Type tiltak, tiltakets lengde, og dets effekter er sentrale faktorer i vurderingen. Tiltakets intensitet er av avgjørende betydning.<sup>50</sup> Praksis fra EMD tilsier at hvis en person legges inn på et sykehjem uten å gjøre motstand, men det samtidig er slik at personen vil bli holdt tilbake dersom han eller hun etter hvert faktisk viser motstand mot oppholdet, er dette en frihetsberøvelse.<sup>51</sup>

I slike tilfeller krever artikkel 5 blant annet at det foreligger prosessuelle garantier for å beskytte mot vilkårlig frihetsberøvelse.

<sup>45</sup> Se for eksempel pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3 om hvem som har samtykkekompetanse.

<sup>46</sup> Se *Pretty v. Storbritannia*, avsn. 70 og *X v. Finland* (34806/04) avsn. 213.

<sup>47</sup> Se *X v. Finland*, avsn. 217 flg.

<sup>48</sup> De såkalte Winterwerp-kriteriene regulerer hva som ligger i begrepet "unsound mind", jf. *Winterwerp v. Nederland* (6301/73) avsn. 39.

<sup>49</sup> Se NIMs rapport *Inkorporering av CRPD*, 2022.

<sup>50</sup> *H.L. v. Storbritannia* (45508/99) avsn. 89.

<sup>51</sup> *H.L. v. Storbritannia*. I saken uttalte EMD at «the Court considers the key factor in the present case to be that the health care professionals treating and managing the applicant exercised complete and effective control over his care and movements», avsn. 91. Se også *H.M. v. Sveits* (39187/98) der graden av frivillighet var større og kontakt med omverdenen var preget av vedkommendes egen selvbestemmelsesrett, i tillegg til at vedkommende person var samtykkekompetent. Dette gjorde at oppholdet på institusjonen ikke ble ansett å være en frihetsberøvelse.

Eksempler på slike garantier er prosedyrer som bestemmer hvem som kan foreslå en tvangsinnleggelse, krav til medisinske begrunnelser for innleggelsen, tidsbegrensninger på frihetsberøvelsen og at vedkommende får partsrepresentasjon og klagemuligheter.<sup>52</sup>

Adgangen til å gi tvungen somatisk helsehjelp reguleres av pasient- og brukerrettighetsloven. Etter lovens kapittel 4 kan somatisk helsehjelp bare gis med pasientens samtykke med mindre det foreligger lov hjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Lovens kapittel 4A regulerer bruk av tvungen somatisk helsehjelp overfor pasienter uten samtykkekompetanse og som samtidig motsetter seg helsehjelpen. Helsehjelpen kan blant annet være sårstell, tannbehandling, bruk av varslings- og lokaliseringssystemer eller innleggelse og tilbakeholdelse på institusjon. I samme lov finnes en rekke saksbehandlingsregler, i tillegg til at Helsedirektoratet har utarbeidet et omfattende rundskriv om reglene.<sup>53</sup>

## 2.2 Tiltak fra myndighetene

I juni 2016 opprettet regjeringen Tvangslovutvalget som skulle foreta en helhetlig gjennomgang av tvangsregelverket i helse- og

omsorgssektoren, inkludert kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven. Utvalgets forslag til nytt regelverk (NOU 2019: 14) på feltet ble lagt frem i juni 2019. Utredningen er fremdeles til behandling hos regjeringen.<sup>54</sup> Utvalgets vurderinger er brede og grundige, og her beskrives kun én av problemstillingene som er tatt opp.

To av grunnvilkårene for å utføre tvungen helsehjelp etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er at pasienten motsetter seg behandling, og at vedkommende ikke er samtykkekompetent. Dersom vedkommende er samtykkekompetent kan man som hovedregel ikke utføre tvungen helsehjelp mot personen. En spesiell situasjon som kan oppstå, er hvis en person ikke er samtykkekompetent, men heller ikke gjør motstand mot helsehjelpen. Denne situasjonen reguleres ikke av kapittel 4A, men av § 4-6 andre ledd. Etter denne bestemmelsen er det adgang til å gi helsehjelp til personen selv om vedkommende ikke er samtykkekompetent. For eksempel kan man gjennomføre både innleggelse og opphold på sykehjem etter § 4-6.

Slik NIM forstår det, beskriver utvalget at det er store forskjeller på hvilke rettsikkerhetsgarantier som gjelder ved innleggelse

<sup>52</sup> *H.L. v. Storbritannia*, avsn. 114-115 og 120. Det finnes også øvrige krav for at en frihetsberøvelse skal være lovlig. Artikkel 5 stiller for eksempel krav til at frihetsberøvelsen må være foreskrevet ved nasjonal lov og at lovgrunnlaget oppfyller kravene til lov hjemmel slik det er utpenslet i EMDs praksis. Andre krav blir gjennomgått under kapittel 3.1.

<sup>53</sup> I HR-2021-1263-A går Høyesterett grundig igjennom flere av vilkårene for tvungen helsehjelp etter kapittel 4A.

<sup>54</sup> Regjeringen Solberg sendte i juli 2021 ut et høringsnotat hvor det ble tatt stilling til flere av utvalgets forslag og bedt om innspill på disse. Se Helse- og omsorgsdepartementet, *Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget*, 06.07.2021. Ettersom forslagene ikke er sendt til behandling i Stortinget i form av en proposisjon, omtales de ikke videre her.



og opphold basert på § 4-6 andre ledd ved ikke-motstand, og rettsikkerhetsgarantier ved innleggelse og opphold basert på kapittel 4A ved motstand. Det er altså forskjell på hvilke regler som gjelder når en pasient som ikke er samtykkekompetent viser motstand og når samme pasient ikke viser motstand.<sup>55</sup>

Utvalget mener at man må styrke rettsikkerheten til personer som ikke gjør motstand ved innleggelse på sykehjem, i tilfeller der man vet at risikoen for bruk av tvang er stor. Utvalget peker på at det ikke sjelden er en problemstilling at personer blir innlagt i sykehjem uten å gjøre motstand, men uten helt å forstå forutsetningene – for eksempel lengden på oppholdet – samtidig som forutsetningene kan endres underveis. I slike situasjoner bør det sørges for at innleggesprosessen har bedre rettsikkerhetsmekanismer enn den har i dag, nettopp for å sikre at rettighetene etter EMK artikkel 5 om frihetsberøvelse blir ivaretatt.<sup>56</sup>

### 2.3 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget

Tall fra Kommunalt pasient- og brukerregister (KPR) viser at antallet registrerte tilfeller av tvungen helsehjelp har økt betydelig de

senere årene. I 2017 ble det registrert bruk av tvungen helsehjelp overfor 1066 pasienter i KPR. I 2022 var tallet økt til 1694.<sup>57</sup> 94 prosent av disse er vurdert til å ha et omfattende bistandsbehov, og flesteparten er over 67 år. Det er derfor god grunn til å anta at en betydelig andel av tvungen helsehjelp i kommunene utøves overfor eldre på sykehjem. Det er usikkert om årsaken til utviklingen er at omfanget i tvangsbruken har økt, at vedtakspraksisen har blitt bedre, eller at kommunene har blitt bedre til å rapportere inn til KPR.

NIMs elderrerapport fra 2019 viste at kun halvparten av landets kommuner hadde innrapportert sin bruk av tvang i helse- og omsorgstjenesten til IPLOS-registeret (nå KPR). Dette til tross for at slik registrering har vært lovpålagt siden 2009. Tallene for 2022 tyder på at det har vært en svak økning i antallet kommuner som har innrapportert tvangsbruk de senere årene, men at det fremdeles er en betydelig underrapportering.<sup>58</sup>

Som påpekt i NIMs forrige rapport, gjennomførte Helsetilsynet i 2013 et landsomfattende tilsyn med tvungen helsehjelp til

<sup>55</sup> Se NOU 2019: 14 kapittel 24.5.

<sup>56</sup> Ibid., s. 492 og 727 flg.

<sup>57</sup> Helsedirektoratet, *Helse- og omsorgstjenester i KPR* (24.03.2023), hentet 05.05.2023. I NIMs forrige rapport ble det vist til at det i 2017 var utøvd tvungen helsehjelp mot 1235 personer, noe som utgjør et avvik på 169 personer sammenlignet med Helsedirektoratets nåværende statistikk. Avviket kan blant annet forklares med at statistikken i 2017 ble overført fra IPLOS-registeret til det nye kommunalt pasient- og brukerregister (KPR). Rundt 1000 personer kom ikke med i overgangen. I tillegg kan det være forskjeller i uttrekkskriteriene og hvordan tjenestetypene telles (Helsedirektoratet, E-post til NIM 25.05.23).

<sup>58</sup> Tallgrunnlaget er basert på et uttrekk fra KPR gjennomført av Helsedirektoratet på vegne av NIM (E-post fra Helsedirektoratet til NIM 25.05.2023).

pasienter på sykehjem.<sup>59</sup> Tilsynet avdekket utstrakt bruk av tvang i strid med regelverket og viste at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A ikke var godt nok kjent blant helsepersonell. Helsetilsynet fant blant annet at det hersket usikkerhet om samtykkevurderinger, at kunnskap om hvordan man skal håndtere vanskelige tvangssituasjoner og hvordan motstand uttrykkes var mangelfull, og at det ofte var mangler i vedtakspraksis. NIM anbefalte derfor at Helsetilsynet gjennomførte et nytt tilsyn med bruk av tvungen helsehjelp på sykehjem, for å kartlegge utviklingen over tid.

I april 2023 kom Helsetilsynet med sluttrapporten fra et nytt landsomfattende tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester, som ble gjennomført i 55 kommuner.<sup>60</sup> Funnene er sammenfallende med mange av konklusjonene fra forrige tilsyn. Helsetilsynet finner det alvorlig at manglene som ble påpekt for ti år siden fortsatt vedvarer, og stiller spørsmål ved om myndighetene gir tilstrekkelig faglige føringer og støtte til tjenestenes behov for kompetanseutvikling om tvungen somatisk helsehjelp.

Tilsynet fant lovbrudd i 19 av 30 systemrevisjoner, og nesten alle kommunene fant avvik fra ett eller flere av kravene i egenvurderingene sine.<sup>61</sup> Lovbruddene avdekker at regelverket om tvungen helsehjelp i kapittel 4A i pasient- og brukerrettighetsloven ikke er tilstrekkelig forstått og innarbeidet i tjenestene.



19 av 30: Andel systemrevisjoner hvor det ble identifisert lovbrudd i Helsetilsynets tilsyn med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester.

Tilsynet viste blant annet at motstand fra pasienten mot helsehjelpen ikke alltid blir fanget opp, og pasientens samtykkekompetanse ikke alltid blir vurdert. Tiltak for å få pasienten til frivillig å ta imot helsehjelpen, er mangelfullt planlagt, fulgt opp og evaluert av helsepersonellet. Pasienter får heller ikke alltid vedtak om tvungen helsehjelp når de skal ha det, og der det fattes vedtak blir ikke dette alltid evaluert. Tilsynet fant også at helsepersonell ofte mangler kunnskap og kompetanse i å bruke regelverket, og det er manglende felles praksis. I mange kommuner er det også uklart hvem som har ansva-

<sup>59</sup> Helsetilsynet, *Tvil om tvang: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 5, 2013).

<sup>60</sup> Helsetilsynet, *Framleis tvil om tvang: Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2020-21 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstjenester* (Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 1, 2023). Tilsynet ble gjennomført som 30 systemrevisjoner og 27 egenvurderinger. Både sykehjem og hjemmetjenester er undersøkt.

<sup>61</sup> Tilsynet undersøkte om: Motstand fra pasienter mot helsehjelpen blir fanget opp; motstand fra pasienter blir fulgt opp med tillitsskapende tiltak; samtykkekompetansen til pasienter blir vurdert og om den som er ansvarlig for helsehjelpen vurderer om helsehjelpen skal gjennomføres med tvang; tvungen helsehjelp blir fortløpende evaluert i gjennomføringsperioden.

ret for helsehjelpen, og tjenestene har i mange tilfeller utydelige styringssignaler og ikke god nok oversikt over risikoområder. Ifølge Helsetilsynet bidrar disse samlede forholdene til at pasienter blir utsatt for ulovlig tvangsbruk og at pasientenes rettsikkerhet svekkes. I tillegg fører mangelfull forståelse for hvordan regelverket skal praktiseres til at pasienter risikerer å ikke få nødvendig helsehjelp, selv når vilkårene for tvang er oppfylt.

Sivilombudet gjennomførte i perioden 2020–2022 besøk til fem sykehjem i ulike kommuner.<sup>62</sup> Sluttrapporten fra besøkene viste blant annet at det var varierende kunnskap blant de ansatte om reglene for utgangsbegrensninger, stor usikkerhet blant flere av de ansatte om tvangslovverket, og at flere beboere ble utsatt for ulovlig tvang i stell- og pleiesituasjoner.

#### **2.4 Menneskerettslige utfordringer**

NIMs gjennomgang viser at praktiseringen av tvungen helsehjelp overfor eldre i mange tilfeller fortsatt ikke er i tråd med menneskerettslige krav. Dette gjelder særlig for de krav som stilles etter EMK artikkel 8.

Helsetilsynet fant blant annet i sitt siste tilsyn at pasientens samtykkekompetanse ofte ikke blir vurdert. Der det ikke gjøres vurderinger av samtykkekompetanse eller det gjøres mangelfulle vurderinger av samtykkekompetanse, risikerer det at man utfører tvungen helsehjelp overfor personer der vilkårene for dette ikke er oppfylt. Situasjonen

kan dermed være at personen som mottar tvungen helsehjelp er samtykkekompetent og dermed står fritt til å nekte å motta en behandling. Dette fører til økt risiko for ulovlig bruk av tvungen helsehjelp. Samtidig kan man risikere det motsatte, at ikke-samtykkekompetente personer ikke mottar den helsehjelpen de har krav på, fordi man som helsepersonell feilaktig vurderer at vedkommende kan velge å ikke motta helsehjelpen.

Helsetilsynet fant også at helsepersonell ikke har nok kunnskap om hva motstand er og hvordan den blir uttrykt. Dette kan føre til at en person som gjør motstand blir misforstått, og dermed ikke blir vurdert under pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, selv om vedkommende skulle ha blitt det. Mangelfull kunnskap om hva motstand er fører også til økt risiko for ulovlig bruk av tvungen helsehjelp.

Funnene fra Helsetilsynets tilsyn viser også at når det først gis tvungen helsehjelp, er det betydelig risiko for at rettsikkerheten svekkes ved at blant annet vedtakspraksisen er mangelfull.

Slik NIM vurderer det, er det grunn til å tro at det er risiko for at menneskerettighetene, særlig EMK artikkel 8, til flere i denne pasientgruppen blir brutt.

Tvangslovutvalget har levert flere anbefalinger om hvordan dagens lovverk kan styrkes. Utvalget har blant annet anbefalt lovendringstiltak for å bedre ivareta sårbare eldre

<sup>62</sup> Sivilombudet, *Sivilombudets besøk til sykehjem 2020-2022: Oppsummering av de viktigste funnene*.

som ikke viser motstand mot å tilbakeholdes på institusjon, men der den reelle situasjonen er at de vil bli holdt tilbake hvis de prøver å forlate institusjonen. Dagens situasjon er ifølge utvalget ikke rettssikker nok, og strider mot EMK artikkel 5 om frihetsberøvelse. Forslagene er så langt ikke fulgt opp av regjeringen.

På grunn av underrapportering og varierende vedtakspraksis er det også krevende å få et fullstendig bilde av omfanget av tvungen helsehjelp på landsbasis, og følge utviklingen over tid. Dette bidrar til at det er vanskelig å overvåke menneskerettighetssituasjonen for eldre som mottar tvungen helsehjelp på en tilfredsstillende måte.

#### **NIM anbefaler**

Myndighetene må sikre at all tvungen helsehjelp utøves innenfor menneskerettslige rammer. Dette innebærer blant annet at helsepersonell får økt kunnskap om menneskerettslige normer, at sentrale rettssikkerhetsgarantier ivaretas og at man vurderer eventuelle endringer i eksisterende lovverk.

# 3. Underernæring og uheldig legemiddelbruk

NIMs eldrerapport fra 2019 pekte på at 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.

**NIM spør: Hva har skjedd siden sist?**

## 3.1 Rettslige rammer

Retten til helse følger av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK) artikkel 12, som slår fast at alle har rett til den høyest oppnåelige helsestandard.<sup>63</sup> Rettighetens innhold er ikke nærmere angitt i konvensjonsteksten,<sup>64</sup> men ØSK artikkel 2 nr. 2 sier at alle konvensjonens rettigheter skal sikres uten diskriminering. I tillegg har ØSK-komiteen avgitt en generell kommentar om retten til helse, hvor dette understrekes.<sup>65</sup>

De øvrige rettighetene i konvensjonen kan bidra til å utpensle det nærmere innholdet i retten til helse. For eksempel kan retten til en tilstrekkelig levestandard (artikkel 11), som inneholder henvisninger til blant annet mat og husvære, være relevant for utøvelsen av retten til helse. Ifølge ØSK-komiteen er viktige komponenter i retten til helse tilgang til helsehjelp, rent vann og trygg mat, tilfredsstillende sanitærforhold og trygge bo- og arbeidsforhold.<sup>66</sup>

<sup>63</sup> *Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ØSK)*, 993 UNTS 3 (16.12.1966), trådte i kraft 03.01.1976). ØSK art. 4 gir staten adgang til å gjøre inngrep i retten til helse dersom inngrepet har hjemmel i lov og kun i den utstrekning dette er forenlig med rettighetenes natur og med formål å fremme den allmenne velferd i et demokratisk samfunn, jf. bestemmelsens ordlyd.

<sup>64</sup> I bestemmelsens andre ledd nevnes imidlertid fire målsetninger statene må jobbe for å oppnå eksplisitt, herunder forebygge, behandle og kontrollere epidemiske, endemiske, yrkesmessige og andre sykdommer, jf. bokstav c. Disse fire formålene kan peke på at det er opprettelsen av et helhetlig system for å ivareta en persons helse som er det avgjørende.

<sup>65</sup> ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, E/C.12/2000/4 (2000), avsn. 30. Diskrimineringsgrunnlaget «other status» antas å dekke helsetilstand.

<sup>66</sup> *Ibid.*, avsn. 4 og 11.

ØSK artikkel 12 er en innsatsforpliktelse for staten, som innebærer at staten kan oppfylle forpliktelsen gradvis, avhengig av hvilke ressurser den har tilgjengelig jf. ØSK artikkel 2 nr. 1. Dette er også understreket av ØSK-komiteen.<sup>67</sup> Norge har relativt sett store økonomiske ressurser, noe som tilsier at det stilles høye krav når det gjelder oppfyllelse av rettigheter etter konvensjonen.

Slik det er redegjort for i kapittel 2, har man særlige rettigheter dersom man er frihetsberøvet. Som nevnt er det mange eldre med ulike former for demens eller demensliggende sykdommer som er lagt inn og må oppholde seg på institusjon under forhold som karakteriseres som frihetsberøvelse.

Etter EMK artikkel 5 fordrer et tvungent opphold på institusjon at staten sørger for at vedkommende får tilstrekkelig behandling. EMD har i sin praksis understreket betydningen av behandlingsaspektet i EMK artikkel 5.<sup>68</sup> Myndighetene har en forpliktelse til å sikre adekvat og individualisert behandling. Dette er en forutsetning for at frihetsberøvelsen anses lovlig. EMD uttaler i den forbindelse at «there exists a close link between the "lawfulness" of the detention of persons suffering from mental disorders and the appropriateness of the treatment provided for their mental condition. [...]».<sup>69</sup>

Domstolen viser videre til at all frihetsberøvelse med grunnlag i vilkåret «unsound mind» må ha et terapeutisk formål, som tar sikte på å helbrede eller minke symptomer på den underliggende lidelsen, og begrense eller kontrollere den innlagtes skadepotensial.<sup>70</sup> Det er etter NIMs syn naturlig å se tilgang til mat og riktige legemidler som en forutsetning for en adekvat og individualisert behandling av en frihetsberøvet dement person på sykehjem.

Dersom en person gis utilstrekkelig medisinsk behandling under tvungent opphold på en institusjon, kan dette også etter en samlet vurdering være i strid med forbudet mot nedverdiggende eller umenneskelig behandling etter EMK artikkel 3. Dette beror i så fall på en helthetsvurdering av situasjonen, der momenter som alder, helsetilstand, øvrige sårbarheter og forholdene ellers på institusjonen er sentrale.<sup>71</sup> Momenter som underernæring og legemiddelproblematikk vil dermed kunne være relevante momenter i helthetsvurderingen under EMK artikkel 3.

Et viktig rettslig rammeverk i intern norsk rett for å sikre at sårbare eldre får riktig ernæring og medisinerer er pasient- og brukerrettighetsloven som gir rett på helse- og omsorgshjelp, både fra spesialisthelsetjenesten og fra kommunens helse- og

<sup>67</sup> Ibid., avsn. 30.

<sup>68</sup> Se *Rooman v. Belgia* (18052/11). Saken gjaldt en pasient som var innlagt på psykiatrisk avdeling. EMDs uttalelser knytter seg imidlertid mer generelt til kriteriet «unsound mind» og er av prinsipiell karakter, som betyr at de får relevans også for andre tilstander som faller inn under «unsound mind»-begrepet.

<sup>69</sup> *Rooman v. Belgia*, avsn. 208.

<sup>70</sup> *Rooman v. Belgia*, avsn. 205 og 208.

<sup>71</sup> *Blokhin v. Russland* (47152/06) avsn. 136 og *L.R v. Nord-Makedonia* (38067/15) avsn. 71.

omsorgstjeneste. Videre sier helsepersonell-  
loven § 4 at helsepersonell skal utføre sitt  
arbeid i samsvar med kravene til faglig for-  
svarlighet og omsorgsfull hjelp som kan for-  
ventes. Både spesialisthelsetjenesten og  
den kommunale helse- og omsorgstje-  
nesten er gjennom lovverket pålagt å tilby  
og yte helsehjelp som er forsvarlig.<sup>72</sup>

### 3.2 Tiltak fra myndighetene

I 2018 lanserte regjeringen stortingsmeldin-  
gen *Leve hele livet*.<sup>73</sup> Formålet med meldin-  
gen var blant annet å bidra til at eldre får  
flere gode leveår og får helsehjelpen de  
trenger når de har behov for den. Blant mel-  
dingens fem innsatsområder var mat og  
måltider, samt helsehjelp. Regjeringen har  
forlenget reformperioden ut 2024. I løpet av  
2023 vil regjeringen lansere stortingsmel-  
dingen *Bo trygt hjemme*, som vil bygge  
videre på arbeidet i forrige reform.<sup>74</sup>

Siden NIMs forrige rapport har myndighe-  
tene blant annet:

- Lansert strategien *God og riktig mat hele livet*, som skal bidra til bedre kosthold og ernæring for eldre på sykehjem og eldre som mottar hjemmetjenester.<sup>75</sup> Strate-

gien inneholder tre innsatsområder: sys-  
tematisk ernæringsarbeid, tilstrekkelig  
og riktig kompetanse, og en mat- og  
ernæringsoppfølging som er tilpasset  
brukernes individuelle behov og ønsker.

- Lagt frem oppdaterte nasjonale retnings-  
linjer om legemiddelsamstemming og  
legemiddelgjennomgang<sup>76</sup> og retnings-  
linjer om forebygging og behandling av  
underernæring.<sup>77</sup>
- Iverksatt en ny femårsperiode for det  
nasjonale pasientsikkerhetsprogrammet  
(2019–2023), som er forankret i en egen  
handlingsplan.<sup>78</sup> Blant programmets tall-  
festede mål er å øke andelen langtidsbe-  
boere på sykehjem som har fått en lege-  
middelgjennomgang siste 12 måneder til  
minst 90 prosent innen 2023, og redu-  
sere andelen uten rapportering til fem  
prosent i samme periode.<sup>79</sup>
- Satt i gang utprøving av Pasientens lege-  
middelliste (PLL), som skal gi tilgang til  
oppdatert informasjon om en pasients  
legemiddelbruk på tvers av primær- og  
spesialisthelsetjenesten.<sup>80</sup> Fra og med

<sup>72</sup> Se spesialisthelsetjenesteloven § 2-2 og helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

<sup>73</sup> Meld. St. 15 (2017-2018).

<sup>74</sup> Regjeringen, *Ny reform skal gjøre det trygt for eldre å bo lenger hjemme*, hentet 02.05.2023.

<sup>75</sup> Helse- og omsorgsdepartementet, *God og riktig mat hele livet: Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*, 06.05.2021.

<sup>76</sup> Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang*, 28.09.2022.

<sup>77</sup> Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje om forebygging og behandling av underernæring*, 14.03.2022.

<sup>78</sup> Helsedirektoratet, *Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019-2023*.

<sup>79</sup> Ibid., s. 12.

<sup>80</sup> Direktoratet for e-helse, *Utprøving av pasientens legemiddelliste* (22.05.2022), hentet 30.05.2023.

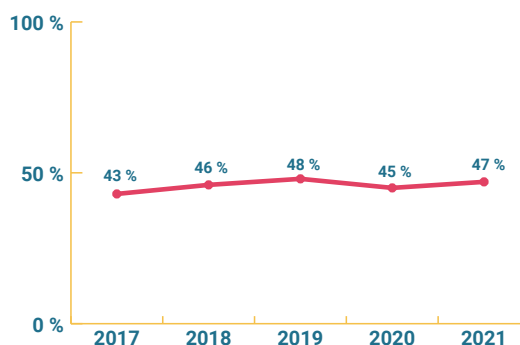
2024 er det planlagt oppstart for nasjonal innføring av systemet.

### 3.3 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget – underernæring

Stortingsmeldingen *Leve hele livet*, som ble omtalt i NIMs forrige elderrapport, pekte på at rundt en tredjedel av eldre pasienter på sykehus og i kommunale helse- og omsorgstjenester underernært eller har risiko for underernæring. Dette kan igjen gi økt risiko for fall, sykehusinnleggelse, trykksår, manglende tilheling av sår og i verste fall død. I tillegg kan underernæring føre til forverring av funksjonsevne og øke behovet for helsetjenester.<sup>81</sup>

Underernæring er fremdeles et omfattende problem i eldreomsorgen. Alle pasienter skal vurderes for risiko for underernæring ved innleggelse på sykehjem og ved oppstart av helse- og omsorgstjenester.<sup>82</sup> Ifølge tall fra Helsedirektoratet fra 2021 har i underkant av halvparten av eldre over 67 år med langtidsopphold på sykehjem fått en slik vurdering i løpet av de siste 12 månedene.<sup>83</sup> Andelen har holdt seg relativt stabil de senere årene. Samtidig viser tallene at andelen som har risiko for underernæring blant de som er kartlagt, har økt jevnt de senere årene, og utgjorde i 2021 i overkant

av 45 prosent. Blant hjemmeboende som mottar helsetjenester ble ernæringsstatus kartlagt blant omtrent 18 prosent, en økning på tre prosentpoeng sammenlignet med 2017.<sup>84</sup> Også blant disse pasientene har andelen med ernæringsmessig risiko økt over flere år.



Andel sykehjemsbeboere på langtidsopphold over 67 år kartlagt for underernæring siste 12 måneder.

Senter for omsorgsforskning utga i februar 2023 en rapport om ufullstendig helse- og omsorgshjelp på sykehjem, på oppdrag for Helsedirektoratet.<sup>85</sup> Rapporten fant at «det å utelate helse- og omsorgshjelp er vanlig blant ansatte i sykehjemmene».<sup>86</sup> Også omsorgsoppgaver som assistanse ved måltider utelates relativt hyppig. Manglende pleie forklares av sykehjemslederne blant annet med travelhet, tilstander hos pasien-

<sup>81</sup> Meld. St. 15 (2017-2018), s. 105.

<sup>82</sup> Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje om forebygging og behandling av underernæring*.

<sup>83</sup> Helsedirektoratet, *Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon* (23.06.2022), hentet 03.05.2023.

<sup>84</sup> Helsedirektoratet, *Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende* (23.06.2022), hentet 03.05.2023.

<sup>85</sup> Olsen, R. m.fl., *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem* (Oslo: Senter for omsorgsforskning, rapport nr. 1, 2023).

<sup>86</sup> *Ibid.*, s. 6.



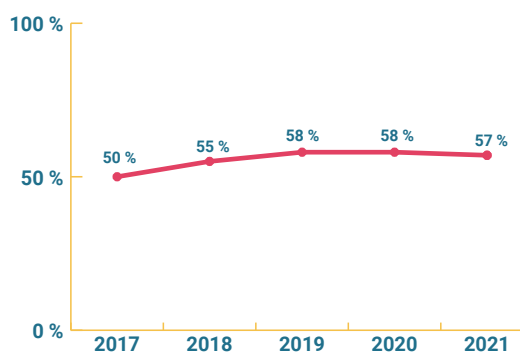
tene, lav kontinuitet i personalgruppen og manglende kompetanse.

### 3.4 Utvikling i kunnskapsgrunnlaget – uheldig legemiddelbruk

I NIMs forrige eldrerapport ble det pekt på at eldre ofte utsettes for uheldig legemiddelbruk i form av over- og feilmedisinering, og at det er varierende i hvilken grad det gjennomføres en legemiddelgjennomgang på sykehjem. En doktoravhandling fra 2018 fant blant annet at 35 prosent av de hjemmeboende eldre og 44 prosent av de undersøkte sykehjemsbeboerne brukte minst ett potensielt uheldig legemiddel fast.<sup>87</sup> Ifølge *Leve hele livet* kan aggressiv legemiddelbehandling gjøre mer skade enn nytte, og det er derfor viktig at legemiddelbruken følges nøye opp med regelmessige kontroller og legemiddelgjennomganger.<sup>88</sup>

I januar 2023 ble det publisert en doktoravhandling om foreskriving av psykofarmaka i norske sykehjem fra innleggelse og over tid.<sup>89</sup> Avhandlingen konkluderte med at foreskriving av psykofarmaka økte de første seks månedene etter innleggelse, og holdt seg høy i etterfølgende år. Ved innleggelse brukte seks av ti beboere minst en form for psykofarmakum. Tre år etter innleggelse

hadde andelen økt til syv av ti beboere. Blant disse medikamentene var antidepressiva de mest foreskrevne.



Andelen sykehjemsbeboere på langtidsopphold over 67 år som har fått en legemiddelgjennomgang siste 12 måneder.

Andelen sykehjemsbeboere som har fått en gjennomgang av legemidler de siste 12 månedene har økt noe mellom 2017 og 2021, fra 49,5 til 56,6 prosent.<sup>90</sup> Eksisterende tallgrunnlag sier imidlertid ikke noe om effekten av legemiddelgjennomgangene. Et av funnene i den overnevnte avhandlingen var at et av de mest brukte verktøyene for legemiddelgjennomgang blant eldre på sykehjem (NorGeP-NH), hadde begrenset effekt på beboernes livskvalitet, fysiske og psykiske helsetilstand og

<sup>87</sup> Nyborg, G., Strand, J. og Brekke, M., "Inappropriate prescribing for the elderly - A modern epidemic?", *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, nr. 7 (2012).

<sup>88</sup> Meld St. 15 (2017-2018), s. 125.

<sup>89</sup> Callegari, E., *Psychotropic drug use in older adults living in nursing homes - Associations with clinical symptoms and the effect of a structured drug review*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 2023. Psykofarmaka er en samlebetegnelse for legemidler som brukes i behandling av psykiske lidelser. Psykofarmaka deles blant annet inn i antipsykotika, antidepressiver, angstdempende midler, hypnotika og sedativa, og sentralstimulerende midler. Se Store medisinske leksikon, *Psykofarmaka* (22.02.2022), hentet 12.05.2023.

<sup>90</sup> Helsedirektoratet, *Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder* (23.06.2022), hentet 03.05.2023.

foreskrivninger. Effekten av verktøyet i klinisk praksis har aldri blitt testet tidligere.<sup>91</sup>

I 2020 ble det publisert en studie om feilmedisinering på norske sykehus, basert på tall fra 2016 og 2017.<sup>92</sup> Studien fant blant annet at pasienter over 65 år utgjør halvparten av tilfellene med alvorlige skader eller død som følge av feilmedisinering på sykehus. Dette knyttes til at eldre bruker mer medisiner enn andre pasientgrupper.

### 3.5 Menneskerettslige utfordringer

NIMs vurdering er at underernæring og uheldig legemiddelbruk i eldreomsorgen fremdeles er en menneskerettslig utfordring.

Mange eldre som mottar helse- og omsorgstjenester kartlegges fremdeles ikke for risiko for underernæring og får ikke en gjennomgang av egen legemiddelbruk. Manglende kunnskap gjør at det er vanskelig å adressere problematikken med adekvate tiltak. Samtidig viser kunnskapsgrunnlaget at mange opplever underernæring og uheldig legemiddelbruk. Dette kan utfordre rettighetene nedfelt i ØSK artikkel 12.

Den beskrevne situasjonen kan også utfordre rettigheter i EMK. Et krav etter EMK artikkel 5 om frihetsberøvelse er at en person som holdes tilbake på institusjon mot sin vilje får individtilpasset og adekvat behandling. Tilstrekkelig ernæring og adekvat legemiddelbehandling er avgjørende for å kunne stadfeste at for eksempel en tvangsinnlagt person på sykehjem holdes der i tråd med kravene som stilles etter EMK artikkel 5. Underernæring og feilmedisinering er også elementer i den helhetsvurderingen som må gjøres for å avgjøre om noen holdes under så alvorlige forhold at situasjonen når opp til den alvorlighetsgrad som kreves for å kunne konstatere brudd på EMK artikkel 3 om forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

De senere årene er det satt i verk en rekke tiltak fra myndighetene for å møte disse utfordringene, og flere er planlagt. Det som er av menneskerettslig betydning er om tiltakene er effektive for å bedre eldres helse-tilstand. NIM stiller spørsmål ved om det er mulig å nå målet om at 90 prosent av langtidsbeboere på sykehjem skal ha fått en

<sup>91</sup> Callegari, E., *Psychotropic drug use in older adults living in nursing homes – associations with clinical symptoms and the effect of a structured drug review*, s. 115.

<sup>92</sup> Mulac, A., m.fl., "Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System", *European Journal of Hospital Pharmacy* 28, nr. 1 (2020).

legemiddelgjennomgang siste 12 månedene innen 2023, gitt at tallene viser at andelen som hadde fått slik gjennomgang kun økte fra 49,5 til 56,6 prosent i årene 2017-2021. Det er også mye som tyder på at det er et forbedringspotensial i hvilke verktøy som brukes ved legemiddelgjennomgang. Andelen som kartlegges for underernæring er vedvarende lav, på tross av tiltak for å adressere problematikken. Det er derfor avgjørende at det utvikles tiltak som fører til en faktisk endring i eldres ernæringstilstand og legemiddelbruk.

#### **NIM anbefaler**

Myndighetene må sørge for effektive og tilstrekkelige tiltak for å redusere underernæring og uheldig legemiddelbruk i eldreomsorgen.

# Litteraturliste

## **Lover og forskrifter**

Kongeriket Norges Grunnlov av 17. mai 1814 (Grunnloven).

Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. av 24. juni 2011 nr. 30 (helse- og omsorgstjenesteloven).

Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. av 2. juli 1999 nr. 61 (spesialisthelsetjenesteloven).

Lov om pasient- og brukerrettigheter av 2. juli nr. 63 (pasient- og brukerrettighetsloven).

## **Proposisjoner, høringer, offentlige utredninger og stortingsdokumenter**

Dokument 3:8 (2021–2022) *Riksrevisjonens undersøkelse av myndighetenes innsats mot vold i nære relasjoner*, 09.06.2022.

Dokument 15:990 (2022–2023) *Skriftlig spørsmål fra Bård Hoksrud (FrP) til helse- og omsorgsministeren*, 13.01.2023.

Helse- og omsorgsdepartementet, *Høringsnotat om oppfølging av forslagene fra Tvangslovutvalget*, 06.07.2021.

Meld. St. 15 (2017–2018) *Leve hele livet – En kvalitetsreform for eldre*, 04.05.2018.

NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven – Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*, 18.06.2019.

Prop. 56 L (2022–2023) *Lov om opphevelse av eldreombudsloven*.

## **Rettsavgjørelser**

HR-2021-1263-A.

Rt. 2013 s. 588.

## **Handlingsplaner, strategier og retningslinjer**

Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige retningslinje om forebygging og behandling av underernæring*, 14.03.2022.

Helsedirektoratet, *Nasjonale faglige råd om legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang*, 28.09.2022.

Helsedirektoratet, *Nasjonale handlingsplan for pasientsikkerhet og kvalitetsforbedring 2019–2023*, ukjent publikasjonsdato.

Helse- og omsorgsdepartementet, *God og riktig mat hele livet: Nasjonal strategi for godt kosthold og ernæring hos eldre i sykehjem og som mottar hjemmetjenester*, 06.05.2021.

Justis- og beredskapsdepartementet, *Frihet fra vold: Regjeringens handlingsplan for å forebygge og bekjempe vold i nære relasjoner 2021–2024*, 13.08.2021.

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress, *Veileder for utvikling av kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner*, 2022.

#### **Internasjonale konvensjoner og erklæringer**

*Den internasjonale konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter* (ØSK), 993 UNTS 3 (16.12.1966, trådte i kraft 03.01.1976).

*Europarådets konvensjon om forebygging og nedkjemping av vold mot kvinner og vold i nære relasjoner* (Istanbulkonvensjonen), CETS No.210 (11.05.2011, trådte i kraft 01.08.2014).

*Konvensjon om beskyttelse av menneskerettighetene og de grunnleggende friheter* (EMK), CETS 005 (04.11.1950, trådte i kraft 03.09.1953).

#### **Avgjørelser fra Den europeiske menneskerettsdomstol (EMD)**

*Aggerholm v. Danmark* (45439/18).

*Arskaya v. Ukraine* (45076/05).

*Bataliny v. Russland* (10060/07).

*Blokhin v. Russland* (47152/06).

*Boze v. Latvia* (40927/05).

*Gorobet v. Moldova* (30951/10).

*H.L. v. Storbritannia* (45508/99).

*H.M. v. Sveits* (39187/98).

*Irina Smirnova v. Ukraina* (1870/05).

*Kurt v. Østerrike* (62903/15).

*L.R v. Nord-Makedonia* (38067/15).

*M.S. v. Kroatia* (No. 2) (75450/12).

*Munjaz v. Storbritannia* (2913/06).

*National Federation of Sportspersons' Associations and Unions (FNASS) m.fl. v. Frankrike* (48151/11 og 77769/13).

*Opuz v. Tyrkia* (33401/02).

*Pretty v. Storbritannia* (2346/02).

*Rooman v. Belgia* (18052/11).

*V.C. v. Italia* (54227/14).

*Winterwerp v. Nederland* (6301/73).

*X v. Finland* (34806/04).

*Z m.fl. v. Storbritannia* (29392/95).

#### **Uttalelser, avgjørelser og rapporter fra internasjonale organer**

CRPD-komiteen, *Concluding observations on the initial report of Norway*, CRPD/C/NOR/CO/1, 07.05.2019.

Europarådet, *Explanatory Report to the Council of Europe Convention on preventing and combating violence against women and domestic violence*, CETS 210, 11.05.2011.

GREVIO, *Baseline Evaluation Report Norway*, 25.11.2022.

ØSK-komiteen, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6, 02.04.2020.

ØSK-komiteen, *General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant)*, E/C.12/2000/4, 11.08.2000.

### **Tidsskriftsartikler og forskning**

Blekken, L. E., Saga, S., Nakrem, S. og Sandmoe, A. «Vi kjemper en kamp», *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8, nr. 1 (2022).

Callegari, E. *Psychotropic drug use in older adults living in nursing homes - Associations with clinical symptoms and the effect of a structured drug review*. Doktorgradsavhandling, Universitetet i Oslo, 2023.

Mulac, A., Taxis, K., Hagesæther, E. og Granås, A. G. «Severe and fatal medication errors in hospitals: findings from the Norwegian Incident Reporting System», *European Journal of Hospital Pharmacy* 28, nr. 1 (2020).

Myhre, J., Malmedal, W., Saga, S., Ostaszkiewicz, O. og Nakrem, S. «Nursing home leaders' perception of factors influencing the reporting of elder abuse and neglect: a qua-

litative study», *Journal of Health Organization and Management* 34, nr. 6 (2020).

Myhre, J., Saga, S., Malmedal, W., Ostaszkiewicz, J. og Nakrem, S. «Elder abuse and neglect: an overlooked patient safety issue. A focus group study of nursing home leaders' perceptions of elder abuse and neglect», *Health Services Research* 20, nr. 199 (2020).

Nyborg, G., Strand., J. og Brekke, M. «Inappropriate prescribing for the elderly - A modern epidemic?», *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, nr. 7 (2012).

Sandmoe, A., Myhre, J., Iversen, M. H., Eriksen, S. og Lichtwarck, B. «Vold, overgrep, utelatt helsehjelp, forsømmelser og aggresjon: Begrepsbruk i en norsk sykehjemskontekst», *Tidsskrift for omsorgsforskning* 8, nr. 3 (2022).

Steinsheim, G., Saga, S., Olsen, B., Broen, H. K. og Malmedal, W. «Abusive episodes among home-dwelling persons with dementia and their informal caregivers: a cross-sectional Norwegian study», *BMC Geriatrics* 22, nr. 852 (2022).

### **Rapporter**

Elvegård, K., Olsen, T., Tøssebro, J. og Paulsen, V. *TryggEst: Bedre beskyttelse av overgrepsutsatte voksne - Sluttrapport: To års forsøk med TryggEst*. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning, 2020.

- Hammersland, R. og Barstad, A. *Humanitære behov i Norge: Status 2022*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, rapport nr. 33, 2022.
- Helsedirektoratet. *Vold, overgrep og forsømmelser i norske sykehjem - om omfang og pågående forebyggende arbeid*. Oslo: Helsedirektoratet, 2021.
- Helsetilsynet, *Framleis tvil om tvang: Oppsummering av landsomfattende tilsyn 2020-21 med tvungen somatisk helsehjelp i kommunale helse- og omsorgstenester*. Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 1, 2023.
- Helsetilsynet, *Tvil om tvang: Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 og 2012 med tvungen helsehjelp til pasienter i sykehjem*. Oslo: Helsetilsynet, rapport nr. 5, 2013.
- Hestevik, C. H., Steiro, A., Smedslund, G. og Harboe, I. *Norsk forskning om forebyggende tiltak og hjelpetiltak mot vold i nære relasjoner: Et forskningskart*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2020.
- Kornør, H., Steiro, A., Echavez, J. F. M., Holte, H. H., Sandberg, H. og Nguyen, L. *Behandlingstiltak for personer som er utsatt for eller utøver vold: Et forskningskart over systematiske oversikter*. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2019.
- Myrvold, T., Møller, G. H. og Zeiner, H. H. *Evaluering av Opptrappingsplanen mot vold og overgrep: Underveisrapport*. Oslo: OsloMet, NIBR-rapport nr. 18, 2020.
- Norges Institusjon for Menneskerettigheter (NIM). *Inkorporering av CRPD*. Oslo: NIM, 2022.
- Norges Institusjon for Menneskerettigheter (NIM). *Ivaretagelsen av menneskerettighetene ved håndteringen av utbruddet av covid-19*. Oslo: NIM, 2020.
- Norges Institusjon for Menneskerettigheter (NIM). *Eldres menneskerettigheter – Syv utfordringer*. Oslo: NIM, 2019.
- Olsen, R. M., Andfossen, N. B., Devik, S. A., Fredwall, T. E., Førland, O. og Moholt, J. *Ufullstendig helse- og omsorgshjelp og kompetansebehov i sykehjem*. Oslo: Senter for omsorgsforskning, rapport nr. 1, 2023.
- Sandmoe, A. *Kommunale handlingsplaner mot vold i nære relasjoner – også for eldre utsatte?* Oslo: NKVTS, rapport nr. 9, 2016.
- Sandmoe, A., Wentzel-Larsen, T. og Hjemdal, O. K. *Vold og overgrep mot eldre personer i Norge: En nasjonal forekomststudie*. Oslo: NKVTS, rapport nr. 9, 2017.
- Sivilombudet, *Sivilombudets besøk til sykehjem 2020-2022: Oppsummering av de viktigste funnene*, Oslo: Sivilombudet, 2022.
- Tømmerås, A. M. og Thomas, M. J. *Nasjonale befolkningsframskrivninger 2022: Sammen drag av forutsetninger og resultater*. Oslo: Statistisk Sentralbyrå, rapport nr. 29, 2022.

## Nettsider

Bufdir, *TryggEst – vern for risikoutsatte voksne*, hentet 02.05.2023 fra <https://www.bufdir.no/vold/tryggest/>

Direktoratet for e-helse, *Utpøving av pasientens legemiddelliste* (22.05.2023), hentet 30.05.2023 fra <https://www.ehelse.no/prosjekt/pasientens-legemiddelliste-pll>

Helsedirektoratet, *Helse- og omsorgstjenester i KPR* (24.03.2023), hentet 05.05.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/helse-omsorgstjenester-i-KPR>

Helsedirektoratet, *Oppfølging av risiko for underernæring hos beboere på institusjon* (23.06.2022), hentet 03.05.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem>

Helsedirektoratet, *Oppfølging av risiko for underernæring hos hjemmeboende* (23.06.2022), hentet 03.05.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-helse-og-omsorgstjenester/oppf%C3%B8lging-av-ern%C3%A6ring-hos-hjemmeboende>

Helsedirektoratet, *Sykehjemsbeboere som har fått legemiddelgjennomgang siste 12 måneder* (23.06.2022), hentet 03.05.2023 fra <https://www.helsedirektoratet.no/statistikk/kvalitetsindikatorer/kommunale-hel>

[se-og-omsorgstjenester/legemiddelgjennomgang-hos-beboere-p%C3%A5-sykehjem](#)

NRK, *Brennpunkt: Omsorg bak lukkede dører* (25.01.2023), hentet 15.05.2023 fra <https://tv.nrk.no/serie/brennpunkt-omsorg-bak-lukkede-doerer>.

Regjeringen, *Ny reform skal gjøre det trygt for eldre å bo lenger hjemme*, hentet 02.05.2023 fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/ny-reform-for-eldre/id2905812/>

Statistisk sentralbyrå, *Kommunens krisesentertilbud og tiltak mot vold i nære relasjoner (KOSTRA-skjema 7B) 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022* (15.03.2023), hentet 12.05.2023 fra Statistikkbanken, fra <https://www.ssb.no/statbank/table/12130>

Store medisinske leksikon, *Psykofarmaka* (22.02.2022), hentet 12.05.2023 fra <https://sml.snl.no/psykofarmaka>

## Andre kilder

Bufdir, E-post til NIM 24.05.2023.

Helsedirektoratet, E-post til NIM 25.05.23.



© Norges institusjon for menneskerettigheter – Juni 2023

Publikasjonsnummer: NIM-R-2023-001

Fotokreditering

Forside: Rawpixel.com - stock.adobe.com

**Norges institusjon for  
menneskerettigheter**

**Postadresse**  
Postboks 299 Sentrum  
0103 Oslo

**Besøksadresse**  
Akersgata 8  
0158 Oslo

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