



Helse- og omsorgsdepartementet
Postboks 8011 Dep
0030 Oslo

Kontakt saksbehandler

Anders Kvadsheim Mygland, 51568721
e-post: anders.mygland@statsforvalteren.no

Sykehjemsforskriften og regulering av rettigheter og inngrep i sykehjem

Bakgrunn

Gjennom vår tilsynsvirksomhet og særlig gjennom spørsmål vi får fra kommuner, har vi over tid sett at reguleringen av rettigheter og begrensninger i sykehjem i dag er utdatert og mangelfull. Dette er ikke en ny observasjon, men vi spiller det inn til departementet som lovgiver. Vi sender også kopi til Helsedirektoratet og Helsetilsynet, til deres informasjon.

Statsforvalterens kommentarer

Selv om pasient- og brukerrettighetsloven og helse- og omsorgstjenesteloven regulerer en del mer generelle forhold rundt sykehjemsbeboeres rettigheter, er det fremdeles sykehjemsforskriften som regulerer sykehjemsbeboeres rettigheter mest direkte. Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A er begrenset til somatisk helsehjelp med tvang.

Sykehjemsforskriften er fra 1988/1989, og den har i liten grad blitt oppdatert i etterkant. De andre regelverkene i helseretten som regulerer pasienters rettigheter og begrensninger i dette, er alle av nyere dato. Vi viser her bl.a. til psykisk helsevernloven, helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 9 (selv om kapittel 9 i stor grad bygger på eldre regelverk) og forskrift om rettigheter og tvang i rusinstitusjon.

Et eksempel på en viktig mangel ved sykehjemsforskriften og dagens regulering er at det ikke er gjort noen eksplisitt vurdering i lovverket av sykehjemsbeboeres bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler som mobiltelefon og nettbrett, og eventuelle begrensninger i dette. Ut fra vår kontakt med kommuner erfarer vi at det i dag er mye vanligere enn for bare noen år siden at sykehjemsbeboere er teknologisk kompetente med bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler. Dette vil bli vanligere og vanligere fremover. Dagens regelverk tar ikke høyde for det. Vi har fått flere henvendelser fra sykehjem som går på om det er mulighet til å begrense bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler for enkeltpasienter innenfor dagens regelverk, der sykehjemmet vurderer at sykehjemsbeboer har en skadelig og ukritisk bruk av slike kommunikasjonsmidler på en eller annen måte. Det er ingen hjemler for dette i sykehjemsforskriften eller ellers i dag.

Utgangspunktet er at sykehjemsbeboere skal kunne bruke elektroniske kommunikasjonsmidler, på samme måte som andre. Men lovgiver bør etter vår vurdering ta stilling til om det skal være begrensninger i dette under visse forutsetninger, og hva saksbehandlingsreglene og



klagemulighetene i så fall skal være, for å sikre rettssikkerheten til sykehjemsbeboerne. Uten at vi har gjort inngående vurderinger av dette, vurderer vi at det under visse forutsetninger kan være behov for å begrense sykehjemsbeboeres bruk av elektroniske kommunikasjonsmidler over et tidsrom, så lenge det holdes til det nødvendige og forholdsmessige, der man ikke kommer i posisjon med tillitsskapende tiltak. Dette kan f.eks. være hvis en beboer ukritisk tar bilder/film av medbeboere eller andre som hen publiserer, hvis beboeren i stor grad ringer til nødetater e.l., uten at personalet kommer i posisjon til å veilede beboeren om dette. I det minste er dette noe lovgiver bør ta stilling til.

Det er heller ingen regulering av hvorvidt personal på sykehjem skal ha adgang til å gripe inn med en form for fysisk makt hvis en sykehjemsbeboer går til angrep på medbeboere eller personalet (og hvordan dette i så fall kan gjennomføres), og da heller ikke hvordan dette skal saksbehandles, hvilken klagerett det skal være e.l.¹ De fleste pasienter med demens, over 90 prosent, vil utvikle atferdsmessige og psykologiske symptomer ved demens (APSD) i løpet av sykdomsforløpet.² I tillegg er erfaringen at flere personer med alvorlige psykiske lidelser, med utviklingshemming o.l. nå lever lenge nok til at de får demens eller annen form for kognitiv svikt og da til slutt får sykehjems plass. Dette gjør at pasientgruppen på sykehjem er kompleks og fremover nok vil bli enda mer kompleks. Det bidrar også til behovet for at sykehjem jobber systematisk på gruppenivå og på mer individuelt nivå med å forebygge risiko for vold mellom beboere og mellom beboere og personal.^{3 4} Vi vurderer i denne sammenheng at det er viktig at sykehjem har et regelverk for å kunne jobbe systematisk med slik forebygging, slik som f.eks. psykisk helsevernloven § 4-2 i psykisk helsevern. Det har sykehjem ikke i dag. Videre vurderer vi at regelverket bør regulere den adgangen som personalet eventuelt skal ha til å gripe inn fysisk for å beskytte en sykehjemsbeboer mot seg selv (utenfor situasjoner som dekkes av kapittel 4A) og for å beskytte andre mot en beboer, på en regulert, forsvarlig og rettssikker måte. Dagens regelverk regulerer ikke dette, og gir derfor heller ingen rettssikkerhetsgarantier.

I dag må slike mer akutte inngrep bygge på nødrett og nødverge etter straffeloven §§ 17 og 18, som beskrevet i Sivilombudets uttalelse av 30.06.2021 ([SOM-2020-577](#)) og som på et annet område er beskrevet av Helsedirektoratet i deres [tolkningsuttalelse av 01.12.2014](#). Vi erfarer at sykehjem og kommuner opplever det som vanskelig å håndtere dette når det må baseres på nødrett og nødverge, noe vi har forståelse for. Vi gir veiledning til kommuner om dette⁵, men det er utvilsomt at det hadde vært bedre både for sykehjemsbeboerne og kommunene/sykehjemmene med en regulering av dette i lov. Vi viser her til følgende fra direktoratets tolkningsuttalelse av 01.12.2014, som vi er enig i og som vi vurderer at gjelder også for denne type regulering i sykehjem:

«Helsedirektoratet er enig med Fylkesmannen i at behovet for å benytte tvangstiltak i tjenestene for å hindre eller begrense vesentlig skade, vil kunne være til stede uavhengig av tjenestemottakerens diagnose. Det er da etter direktoratets vurdering en utilfredsstillende situasjon både for tjenesteytere og tjenestemottakere at personell i helse- og

¹ Sivilombudet konkluderer i sin uttalelse av 30.06.2021 (SOM-2020-577) med at sykehjemsforskriften § 3-3 ikke gir grunnlag for å bruke noen former for tvang, noe vi forholder oss til. Det hadde vært det eneste rettsgrunnlaget for å gripe inn fysisk overfor sykehjemsbeboere for å beskytte andre, men § 3-3 hadde uansett gitt lite veiledning om grensene i dette.

² Se Helsedirektoratets nasjonal faglige retningslinje om demens [punkt 8](#).

³ Det er gitt veiledning om miljøarbeid mv. i nasjonal faglig retningslinje om demens og også bl.a. i Helsedirektoratets [tolkningsuttalelse av 09.07.2025](#) om skjerming i sykehjem.

⁴ Dette gjelder også ulike former for overgrep og seksuell vold, som bl.a. er beskrevet i [NTNU sin multimetodestudie, Helsedirektoratets brev med rapportering av 14.06.2021](#) og i [vårt tilsyn med denne tematikken overfor Karmøy kommune i 2024](#).

⁵ Som illustrasjon legger vi ved to brev som vi har sendt til kommuner om dette. Det ene gjelder bofellesskap, og det andre gjelder sykehjem. Siden regelverket er likt for begge boformer i kommunen på dette området, vil det som gjelder bofellesskap ha betydelig overføringsverdi til sykehjem.



omsorgstjenesten må basere sin daglige tjenesteytelse på straffrihetsreglene i straffeloven. Det må legges til grunn at alle tjenestemottakere, uavhengig av sin diagnose, har behov for at eventuelle tvangstiltak vurderes, besluttes og gjennomføres innenfor rammer som sikrer tilstrekkelig utredning og utprøving av andre løsninger, og som ivaretar grunnleggende krav til forsvarlighet og rettssikkerhet.»

Et annet eksempel på mangelfull regulering i sykehjemsforskriften og i lovverket ellers, er hvilken adgang det skal være til å ilegge individuelle pårørende besøksbegrensninger i sykehjem. Dette er noe som er regulert i psykisk helsevern, i rusinstitusjoner, i barnevernsinstitusjoner o.l., mens det ikke er regulert i sykehjem.⁶ Vi har gjort en fortolkning av det gjeldende regelverket og kommet til at det åpner for individuelle besøksbegrensninger etter en konkret vurdering, men det er ikke klart og det er utvilsomt at det hadde vært bedre for kommunene/sykehjemmene, sykehjemsbeboerne og deres pårørende med en klar regulering.⁷

Alt i alt vurderer vi at pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A på mange måter er et godt regelverk for sykehjem og ellers, men at reguleringen av sykehjemsbeboeres rettigheter og adgangen til begrensninger/inngrep i dette ellers er veldig mangelfull. Det kan være at dette ut fra demokratiske hensyn fremover i hovedsak bør reguleres i lov og ikke i sykehjemsforskriften, slik at det blir behandlet i Stortinget. Vi gir uansett med dette innspill om at regelverket på dette området har mangler, for departementets eventuelle lovarbeid.

Med hilsen

Marit Bergeland (e.f.)
ass. direktør

Anders Kvadsheim Mygland
seniorrådgiver/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent

Vedlegg

- 1 Vårt svar - bruk av nødrett og nødverge ved skadelig adferd hos beboer
- 2 Informasjonsbrev om forebygging og håndtering av farlige situasjoner i sykehjem
- 3 Veiledning om regelverket for individuelle besøksbegrensninger i sykehjem

Kopi til:

Helsedirektoratet Postboks 220 Skøyen 0213 OSLO
Statens helsetilsyn Postboks 231 Skøyen 0213 OSLO

⁶ I Prop. 53 L (2025–2026) foreslår departementet konkret regulering av pasienters rett til å ha med andre personer når det blir gitt helse- og omsorgstjenester, og begrensninger i dette, mens begrensninger på besøk i sykehjem ikke er direkte regulert.

⁷ Vi har publisert vårt brev om dette [på vår hjemmeside](#), og vi legger også ved kopi av brevet her for oversiktens skyld.



Vi vil i det videre først gi veiledning om regelverket, og så vil vi gi veiledning om det konkrete som kommunen spør om.

Statsforvalterens kommentarer

Gjennomgang av regelverket

Utgangspunktet er at beboere i kommunalt bofellesskap har samme grunnleggende rettigheter som alle andre mennesker. Dette innebærer bl.a. retten til selvbestemmelse og til å ta egne valg, retten til å være seg selv, retten til privatliv og familieliv, retten til bevegelsesfrihet og retten til fravær av tvang. For at kommunen eller annen offentlig styresmakt skal kunne gjøre inngrep i en persons grunnleggende rettigheter må slikt inngrep ha hjemmel i lov. Dette følger blant annet av Grunnloven § 113.

Det er presisert i pasient- og brukerrettighetsloven § 4-1 at helsehjelp bare kan gis med pasientens samtykke, med mindre det foreligger lovhjemmel eller annet gyldig rettsgrunnlag for å gi helsehjelp uten samtykke. Begrepet helsehjelp omfatter handlinger som har forebyggende, diagnostisk, behandlende, helsebevarende, rehabiliterende eller pleie- og omsorgsformål, og som er utført av helsepersonell, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 1-3 første ledd bokstav c. Hensynet til brukermedvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 er også viktig i denne sammenhengen, og det samme er forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A regulerer tvangsbruk for å få gjennomført somatisk helsehjelp som pasienten motsetter seg, for å hindre vesentlig helseskade for pasienten selv, i tilfeller hvor pasienten mangler samtykkekompetanse knyttet til helsehjelpen. Dette er ikke aktuelt opp mot det kommunen spør om.

I psykisk helsevernloven § 3-5 tredje ledd fremgår det at tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern kan skje uten døgnopphold i institusjon hvor dette er et bedre alternativ for pasienten enn tvungent psykisk helsevern med døgnopphold. Det presiseres i § 3-5 tredje ledd, tredje og fjerde setning, at:

«Tvungen observasjon og tvungent psykisk helsevern kan da bare omfatte pålegg overfor pasienten om frammøte til undersøkelse (tvungen observasjon) eller behandling (tvungent psykisk helsevern). Pasienten kan om nødvendig avhentes. Dersom det er nødvendig kan avhenting gjennomføres med tvang.»

Når pasienten ikke bor på institusjonen som har ansvaret for å gjennomføre vernet, vil selve tvungen kunne innebære et pålegg overfor pasienten om frammøte til behandling. Denne bestemmelsen gir ikke hjemmel til å iverksette tiltak som innebærer restriksjoner eller begrensninger i pasientens bolig. I psykisk helsevernloven § 11 tredje ledd uttales det at:

«Tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold i institusjon kan ikke omfatte tvangsvedtak på pasientens bopel.»

Det er derfor ikke hjemmel til å benytte tvang eller restriksjoner overfor beboere med ruslidelse/psykisk lidelse i kommunale bofellesskap, med unntak av pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, som ikke er aktuell her.



Hvis det oppstår akutte situasjoner hvor personalet må gripe inn for å beskytte pasienten selv eller andre, vil det måtte vurderes etter reglene om nødrett og nødverge i straffeloven §§ 17 og 18. Dette fordi hvis det oppstår en nødsituasjon hvor en pasient blir vurdert som en trussel for medpasienter, personalet eller tilfeldige personer i offentligheten (eller mot seg selv), så finnes det ut fra det vi har beskrevet ovenfor, ikke et eget regelverk som gir adgang til å gripe inn med makt i kommunen. Nødrett og nødverge er bestemmelser som etter strenge vilkår gjør en ulovlig handling lovlig, og fokuset er på situasjonens alvorlighet og inngrepets art opp mot risikoen for å ikke gjøre noe, i tillegg til at nødrett/nødverge kun er aktuelt som siste utvei der alle alternative handlinger for å avverge faren er forsøkt eller vurdert nytteløst (desto mer akutt situasjonen er, desto mindre krav til å forsøke andre handlinger enn nødrett/nødverge). Det mest aktuelle opp mot å hindre en pasient i å skade andre på ulike måter, er nødverge.

Straffeloven §§ 17 og 18 viser at dersom det oppstår situasjoner hvor en pasient er til en form for akutt fare for medpasienter, personalet eller en mer tilfeldig person i offentligheten, må personalet i situasjonen vurdere hva som er den minst inngripende måten å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre på. Det å bruke en form for fysisk makt, som f.eks. å holde en pasient, kan etter nødverge- og nødrettsbestemmelsene kun gjøres som absolutt siste utvei når alle andre alternative handlinger for å avverge faren er forsøkt eller vurdert nytteløst (som å trekke seg ut av situasjonen m.m.), og man må i en slik situasjon avverge faren på minst mulig inngripende måte overfor pasienten. Det må også være en forholdsmessighet mellom den risikoen pasienten utgjør for andre og hvor stor makt som må brukes for å avverge faren. En slik maktbruk skal aldri gå lenger enn nødvendig for å avverge faren/skaden, og må avsluttes straks faren har opphørt. Verken nødrett eller nødverge kan gjøres rutinemessig.

Når det gjelder bruk av nødrett og nødverge, så følger det bl.a. av Sivilombudets uttalelse av 30.06.2021 (SOM-2020-577)¹ at:

«Det bemerkes likevel at nødrett og nødverge særpreges av situasjoner med tidsnød. Terskelen for inngrep er høyere ved repeterende nødsituasjoner, da tidligere erfaring vil kunne gjøre det lettere å forutse nødsituasjoner og forebygge dem. [...]»

I forlengelsen av det siterte fra Sivilombudet, er det viktig å understreke at kommunen har et betydelig omsorgsansvar for beboere i bofellesskap, noe som understreker ansvaret for forebygging – både mer generelt for pasienten med bruk av tiltaksplan mv. og i de konkrete situasjonene – og for å jobbe for å unngå at man kommer i situasjoner hvor nødrett og nødverge blir nødvendig. Vi viser også til Helsedirektoratets sitt tolkningsbrev av 01.12.2014² som tar for seg ulike sider ved nødrett og nødverge i helse- og omsorgstjenesten. Direktoratets brev gjelder gamle straffeloven, men det er ikke relevante endringer om dette i dagens straffelov, slik at det fremdeles fullt ut gjelder i dag. Vi viser til følgende fra denne tolkningsuttalelsen:

«[...] Dersom det regelmessig oppstår nødretts- eller nødvergesituasjoner i tjenesteytelsen, kan direktoratet heller ikke se at kommunen eller Fylkesmannen er avskåret fra å følge opp den faglige forsvarligheten i forebyggingen og håndteringen av disse situasjonene, og herunder stille krav om at bruk av fysisk makt blir nedtegnet i journal eller på annen måte. Etter direktoratets syn vil dette være en del av kommunens plikt til arbeide systematisk for

¹ <https://www.sivilombudet.no/uttalelser/rechtslig-grunnlag-for-bruk-av-tvang-pa-sykehjem-ved-fare-for-andre/>

² [Lenke til Helsedirektoratets tolkningsuttalelse fra 2014.](#)



kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet i tjenestene, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-2 første ledd.»

Eventuell bruk av nødrett/nødverge i akutte situasjoner må journalføres og avvikshåndteres.³

Dersom det ikke foreligger hjemmel i lov for å benytte tvang eller restriksjoner, og det ikke er snakk om nødrett eller nødverge, må eventuelle restriktive tiltak basere seg på frivillighet. Dette innebærer at pasienten må gi et gyldig samtykke til gjennomføring av restriksjoner. Dette må være et informert samtykke, som til enhver tid kan trekkes tilbake. Det vil ikke være adgang til å gjøre avtaler med en pasient som innebærer at tvang eller restriksjoner kan iverksettes mot pasientens vilje. Eksempelvis kan ikke en pasient på forhånd samtykke til at tilbakeholdelse, observasjon, beslag av farlige gjenstander, regulering av bruk av snus og røyk, avlytting og fotfølging skal kunne utføres senere, uavhengig av pasientens samtykke. Dette fordi det avgitte samtykket til slike tiltak vil være ugyldig i det øyeblikk pasienten motsetter seg eller på annen måte gir uttrykk for å ikke ville følge det som hen tidligere har samtykket til.

En forutsetning for at en pasient skal kunne gi gyldig samtykke til noe, er også at vedkommende har samtykkekompetanse knyttet til det man samtykker til, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 4-3.

Helsedirektoratet kom den 24.04.2019 med en tolkningsuttalelse⁴, som gjelder om det er adgang til å be en pasient underlagt tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold (TUD) om å samtykke til restriktive tiltak som et vilkår for å bli overført fra tvungent vern med døgnopphold til TUD. De aktuelle restriktive tiltakene som direktoratet uttaler seg om er eksempelvis utgang kun med følge, ikke tilgang til skarpe kniver og lightere/fyrstikker, samt begrensning i lovlige rusmidler. Direktoratet skriver følgende:

«En pasient på TUD vil ved begjæring om samtykke til restriktive tiltak kunne oppleve at samtykkenektelse ikke er noen reell valgmulighet. Hvor samtykke til restriktive tiltak er en forutsetning for TUD, vil tvangsinnleggelse være et "ris bak speilet". I en slik situasjon vil samtykket vanskelig kunne være "fritt" – noe som er en forutsetning for at det skal være gyldig. Dersom pasienten ikke er samtykkekompetent knyttet til et restriktivt tiltak, kan tiltaket uansett ikke basere seg på samtykke.

Konklusjon

Psykisk helsevernloven kapittel 4 hjemler ikke iverksetting av de restriktive tiltakene dere beskriver. I lovforarbeider og lovsrundskriv uttrykkes betydelig skepsis til å basere restriktive tiltak på samtykke alene. Det kan dessuten stilles spørsmål ved om et samtykke i det hele tatt er gyldig i den situasjonen dere beskriver.

Direktoratet mener etter dette at en pasient på TUD som hovedregel ikke kan bes om samtykke til de restriktive tiltakene dere nevner.»

Når det gjelder husordensregler, er dette noe som man i fellesarealer i bofellesskap til en viss grad kan benytte. Men husordensregler kan ikke gjelde annet enn det som det er vanlig å ha regler om

³ Vi har sagt en del om hvilke systemer sykehjem bør ha rundt dette i et brev av 04.06.2019, hvor vi bl.a. skriver om viktigheten av systematisk bruk av tiltaksplan rundt dette, som har stor overføringsverdi også til bofellesskap. Vi legger ved kopi av brevet her, som veiledning.

⁴ [Lenke til Helsedirektoratets tolkningsuttalelse fra 2019.](#)



der flere bor under samme tak, som stilletid om natten.⁵ Dette er regler som gjelder likt for alle beboerne, og husordensregler kan ikke omfatte inngripende begrensninger, som alltid må vurderes individuelt. Husordensregler kan i et bofellesskap kun gjelde i fellesarealet, ikke i beboernes leilighet/rom, noe som skiller bofellesskap fra en institusjon. Det er derfor ikke adgang til å regulere det som skjer i pasientens egen leilighet ved bruk av husordensregler.

Det er generelt sett viktig at denne type bofellesskap har gode systemer for å sikre at de ansatte har god kjennskap til det regelverket som gjelder og hvordan det skal praktiseres, jf. kommunens ansvar i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd og forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten. Dette ansvaret ligger på ledelsen i kommunen som sådan og på leder for bofellesskapet.

Våre konkrete kommentarer

I denne saken leser vi det slik at utfordringen er at pasienten tidvis har en veldig seksualisert atferd, og at dette både kan manifestere seg overfor medbeboere, personalet i boligen og tilfeldige personer i offentligheten. Det kommunen ber om veiledning er følgende:

«
[Redacted text block]
»

Statsforvalteren vil overordnet anbefale at boligen jobber systematisk med mål og tiltak knyttet til pasientens seksualitet og pasienten seksualiserte atferd med bruk av tiltaksplan o.l., og at pasienten selv involveres i dette, jf. pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd.⁶ Det å forebygge, avverge og håndtere alle former for vold, ulike former for grenseoverskridende atferd og overgrep er noe kommunen – og bofellesskapene – skal ha systemer for mer generelt, og så må det jobbes konkret overfor den enkelte beboer.⁷ Vi anbefaler boligen om å kontakte kommunen rundt dette, og ellers er det mye god veiledning rundt dette på gruppenivå hos Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (NKVTS)⁸.

⁵ Se til illustrasjon hvordan Helsedirektoratet omtaler husordensregler i døgninstitusjoner i psykisk helsevern i [direktoratets rundskriv Kontrollkommisjonens saksbehandling kapittel 12.2](#). Dette kan ikke brukes direkte for bofellesskap, da man kan regulere mer i husordensregler i en institusjon enn et bofellesskap, men det viser typiske eksempler på hva som kan gå inn i husordensregler.

⁶ Som eksempel for anbefalinger rundt dette om en annen pasientgruppe, som har en overføringsverdi så langt det passer, viser vi til Helsedirektoratets nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, under «[Kommunen skal legge til rette for god seksuell helse hos personer med utviklingshemming](#)».

⁷ Se som eksempel [vår rapport fra tilsyn med Stavanger kommune sitt arbeid med å forebygge og følge opp vold og overgrep mot beboere i sykehjem 2022](#), som har overføringsverdi også til bofellesskap for personer med psykisk lidelse og ruslidelser. Se også som eksempel fra et annet område, Helsedirektoratets nasjonale veileder *Gode helse- og omsorgstjenester til personer med utviklingshemming*, under «[Kommunen skal arbeide systematisk for å beskytte personer med utviklingshemming mot vold og overgrep](#)», som også har overføringsverdi her så langt det passer.

⁸ <https://www.nkvts.no/>



Vi vurderer at det å gripe inn fysisk overfor en person for å akutt forhindre at personen har en fysisk seksualisert atferd overfor en annen person (om det er en ansatt, medpasient eller en tilfeldig forbi-passerende), uten tvil kan kvalifisere til nødrett eller nødverge, avhengig av situasjonen, faren og graden av inngrep. Dette må vurderes helt konkret, og bofellesskapet bør som sagt ha gjort en del vurderinger rundt dette i tiltaksplanen og på systemnivå slik at det praktiseres så likt som mulig, selv om vurderingene må være konkrete. Det vil her også være viktig å involvere pasienten selv i dette, da særlig at man snakker med pasienten i gode øyeblikk om hvordan han ønsker at personalet skal håndtere slike situasjoner. Det vil videre være viktig å snakke med pasienten etter man har grepet inn fysisk overfor ham for å evaluere hendelsen, og finne ut om det er noe som kunne blitt gjort annerledes e.l. Dette vil være viktig informasjon i de mer systematiske vurderingene som gjøres rundt dette. Det er også sentralt å systematisk journalføre (og avvikshåndtere) slike situasjoner, både der man griper inn fysisk og der man ikke gjør det, med vurderinger fra de som sto i situasjonen om hva som fungerte, ikke fungerte mv. Det er ellers vanskelig for oss å være mer konkrete enn dette, ut fra at vi i liten grad kjenner pasienten og situasjonene.

Når det gjelder spørsmålet rundt hvor mye ansvar man skal legge på pasienten selv, når man skal gripe inn mv., så viser vi til det vi har skrevet ovenfor om en systematisk tilnærming til dette. Ellers anbefaler vi at boligen og kommunen søker veiledning hos spesialisthelsetjenesten om bl.a. disse spørsmålene, da vi ut fra hans diagnoser går ut fra at han får – eller i alle fall tidligere har fått – oppfølging i psykisk helsevern. Vi anbefaler også at boligen, hvis det vurderes å være behov for det, søker veiledning hos andre deler av kommunen og hos fagmiljøer rundt dette med oppfølging av pasientens seksualitet mer generelt, både for å forsøke å forebygge disse hendelsene og for å håndtere hendelsene på en så skånsom og god måte som mulig når de oppstår. Vi anbefaler også at boligen har systemer for å diskutere slike situasjoner jevnlig i refleksjonsgrupper e.l., opp mot det mer systematiske arbeidet med tiltaksplan o.l.

Vi håper dette var til veiledning. Kommunen kan ta kontakt med oss hvis det er behov for ytterligere presiseringer, veiledning e.l.

Med hilsen

Helene Halvorsen (e.f.)
rådgiver

Anders Kvadsheim Mygland
seniorrådgiver/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent



Alle kommunene i Rogaland
sendt pr. e-post

Kontakt saksbehandler
Anders Kvalsheim Mygland
e-post: fmroakm@fylkesmannen.no

Systemer for forebygging og håndtering av farlige situasjoner i sykehjem

Bakgrunn og forventninger:

Fylkesmannen i Rogaland mottar jevnlig spørsmål og henvendelser fra kommuner og sykehjem om akutte situasjoner hvor en pasient er til fare for medpasienter eller personalet. Spørsmålene går bl.a. på hvordan man bør jobbe med å forebygge og håndtere slike situasjoner, hvilke lovregler som regulerer dette og kravene til systemer rundt dette. Vi ser at dette fort er et særlig sårbart område i sykehjem, som kommunen må ha stort fokus på.

Fylkesmannen har nylig skrevet en tilsynssak om dette hvor vi har gjennomgått regelverket og normering for forebygging og håndtering av situasjoner hvor en pasient er til fare for andre. I dette brevet gjengir vi det vi har skrevet i tilsynssaken om dette, da det gir en oversikt over kravene til systemer for forebygging og håndtering av slike situasjoner.

Fylkesmannen sender dette til alle fylkets kommuner til informasjon og eventuell videre oppfølging. Vi minner om at det er rådmannen i kommunen som har overordnet ansvar for styringssystemet i kommunen, noe som også gjelder for den enkelte virksomhet (som sykehjem)¹, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 tredje ledd, jf. forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3.

Vi ber kommunene om å oversende dette brevet til alle sykehjem i kommunen, både kommunale og private, og vi ber kommunene og sykehjemmene om å bruke dette inn i egen internkontroll.

¹ Se Helsedirektoratets veileder til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten kapittel 2 (<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/ledelse-og-kvalitetsforbedring-i-helse-og-omsorgstjenesten/styringssystem-ansvar-og-definisjon#3-ansvaret-for-styringssystem>), herunder særlig:

«Det er administrasjonssjefen i kommunen som har det overordnede ansvaret for styringssystemet i kommunen. Dette ligger i kommunelovens system. Administrasjonssjefen vil være ansvarlig for definering og oppfølging av bl.a. styringssystemet langt ned i organisasjonen fordi hun eller han må sørge for at medarbeiderne forstår og følger opp slike oppgaver.»

Dette innebærer i praksis at dersom kravene til styringssystemet ikke følges, for eksempel at det ikke arbeides med kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet på sykehjem i kommunen, er det administrasjonssjefens ansvar. En sykehjemsbestyrers plikt til å etablere og gjennomføre styringssystemet på sykehjemmet, er et ansvar i relasjonen mellom vedkommende og administrasjonssjefen. Administrasjonssjefen har ansvar for sykehjemmets etterlevelse av styringssystemet.»



Fylkesmannens gjennomgang:

Det er viktig å understreke at et sykehjem kan differensiere på det vi gjennomgår nedenfor ut fra hvilken type avdeling det er snakk om. Typisk vil det være større risiko for farlige situasjoner i en skjermet avdeling enn i en åpen avdeling, ut fra pasientgruppen, og da stiller man også større krav til systemene rundt dette for at det skal være forsvarlig. En dokumentert og løpende risikovurdering vil kunne være styrende for denne vurderingen. Men det er sentralt at man har grunnleggende systemer og opplæring som beskrevet nedenfor også i andre avdelinger enn skjermede avdelinger.

- **Utgangspunktet om nødrett og nødverge:**

Utgangspunktet er at pasienter som bor på sykehjem har rett til å ikke få sin personlige integritet krenket, som alle andre. Det må være hjemmel i lov for å gjøre inngrep overfor en privatperson.

Hvis det oppstår en nødsituasjon hvor en pasient blir vurdert som farlig for medpasienter eller personalet, vil ikke pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A kunne gi hjemmel til tvangsbruk. Dette fordi pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A utelukkende gjelder det å gi helsehjelp *til pasienten selv*. Det å beskytte seg selv eller andre der pasienten i en nødsituasjon utgjør en fare for andre, faller derfor ikke inn under det lovverket. Dette vil gjelde all form for makt og tvang i slike situasjoner, som det å holde en pasient eller å isolere pasienten alene på et rom m.m.

Det at man ikke har tvangshjemler, betyr at bruk av makt og tvang i slike situasjoner i utgangspunktet er ulovlig. Bruk av ulike former for tvang og makt kan etter dette kun gjennomføres i en nødretts-/nødvergesituasjon etter straffeloven §§ 17 og 18 første ledd. Nødrett og nødverge er bestemmelser som etter strenge vilkår gjør en ulovlig handling lovlig, og fokuset er på situasjonens alvorlighet og inngrepets art opp mot risikoen for å ikke gjøre noe. For oversiktens skyld gjengir vi disse bestemmelsene her:

§ 17. Nødrett

En handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når

- a) den blir foretatt for å redde liv, helse, eiendom eller en annen interesse fra en fare for skade som ikke kan avverges på annen rimelig måte, og*
- b) denne skaderisikoen er langt større enn skaderisikoen ved handlingen.*

§ 18. Nødverge

En handling som ellers ville være straffbar, er lovlig når den

- a) blir foretatt for å avverge et ulovlig angrep,*
- b) ikke går lenger enn nødvendig, og*
- c) ikke går åpenbart ut over hva som er forsvarlig under hensyn til hvor farlig angrepet er, hva slags interesse som angrepet krenker, og angriperens skyld.*

Disse bestemmelsene viser at dersom det oppstår situasjoner hvor en pasient er til akutt fare for medpasienter eller personalet, må pleierne i situasjonen vurdere hva som er den minst inngripende måten å forhindre at pasienten skader seg selv eller andre på. Det å bruke en form for fysisk makt, som f. eks. å låse pasienten inne på rommet, kan etter nødverge- og nødrettsbestemmelsene kun gjøres som absolutt siste utvei når alle andre alternative handlinger for å avverge faren er forsøkt eller vurdert nytteløst (som å trekke seg ut av situasjonen m.m.), og man må i en slik situasjon avverge faren på minst mulig inngripende måte overfor pasienten. Det må også være en forholdsmessighet mellom den risikoen pasienten utgjør for andre og hvor stor makt som må



brukes for å avverge faren. En slik maktbruk skal aldri gå lenger enn nødvendig for å avverge faren/skaden, og må avsluttes straks faren har opphørt.

- **Krav til systemer og internkontroll:**

Det er gjennom tilsyn og forskning² avdekket at dette er et stort risikoområde på sykehjem, med risiko for ulovlig tvangsbruk mot pasienten selv, og risiko for at man ikke jobber aktivt nok med å forebygge og avverge en situasjon eller gripe inn der det er absolutt nødvendig. Det er også viktig å påpeke risikoen for at andre pasienter blir utsatt for ulovlig tvangsbruk i et beskyttelsesøyemed, f. eks. der flere pasienter blir isolert på rommene sine for å beskytte dem fra en utagerende medpasient.

Det er derfor særlig viktig at sykehjem har gode systemer for dette. Dette følger også av kravet til faglig forsvarlighet, jf. helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1.

Fylkesmannen viser til forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten § 3, som sier at «[d]en som har det overordnede ansvaret for virksomheten skal sørge for at det etableres og gjennomføres systematisk styring av virksomhetens aktiviteter i tråd med denne forskriften og at medarbeiderne i virksomheten medvirker til dette.» Internkontroll innebærer et systematisk arbeid for å sikre at virksomheten planlegger, organiserer, utfører og vedlikeholder sine aktiviteter i samsvar med lover og forskrifter. Fylkesmannen viser ellers til §§ 6-9 i samme forskrift, som konkretiserer hva som ligger i internkontrollansvaret.

Det er sentralt å understreke at nødrett/nødverge aldri skal brukes rutinemessig. Systemet i virksomheten skal derimot sikre at de ansatte har kunnskap om regelverket og hvordan man skal jobbe forebyggende, at man jobber systematisk med den enkelte pasient for å hindre utagerende situasjoner og at dette arbeidet er kontinuerlig.

Utgangspunktet er at et sykehjem bør ha skriftlige prosedyrer/rutiner som sier noe om det vi har gjengitt ovenfor om nødrett/nødverge og terskelen for dette, for å sikre lik og riktig praksis.

Det må også sikres en systematisering av det forebyggende arbeidet rundt den enkelte pasient på sykehjemmet knyttet til dette, særlig der det har vist seg at pasienten kan utagere mot andre. Dette kan bl.a. bestå av en kartlegging av pasientens forhistorie, finne det som er positivt for pasienten og ulike triggere for pasienten m.m. Dette må skrives ned i tiltaksplanen og det må sikres at alle som jobber med pasienten har satt seg inn i dette og jobber på en forutsigbar måte med pasienten. Det er også viktig å ha fokus på om det kan være behov for en videre utredning av pasienten, f. eks. dersom utageringen kan være et uttrykk for smerter eller andre somatiske utfordringer. Slike

² Se f. eks. Reidar Pedersen m.fl. *Bruk av tvang i sykehjem etter ny lovgivning* (<https://tidsskriftet.no/2013/10/originalartikkel/bruk-av-tvang-i-sykehjem-etter-ny-lovgivning-0>), herunder særlig:

«I intervjuene var behovet for å beskytte andre pasienter og de ansatte den mest fremtredende begrunnelsen for bruk av tvang som faller utenfor lovverket. Mangel på inngrepshjemmel førte noen ganger til krenkelser eller frihetsberøvelse for de andre pasientene og økt belastning og risiko for de ansatte. For eksempel har man måttet stenge medpasienter inne for å beskytte dem mot en truende pasient. Noen medpasienter ville ikke ha mulighet til å si fra eller verge seg selv. Deltakerne ga uttrykk for at også de ansattes sikkerhet står svakt i møte med farlige pasienter. Eksemplene inkluderte situasjoner der deltakerne og deres kolleger ble utsatt for trakassering og fysisk vold mot dem selv. Noen fortalte at de var blitt så vant til å bli slått at de ikke lenger skrev avvik, eller de oppfattet dette som noe man ikke kunne gjøre noe med eller bli beskyttet mot, slik at dokumentasjon uansett ville ha vært bortkastet.»



vurderinger kan også ende i andre aktuelle tiltak, som f. eks. å flytte rommene til to pasienter som ikke kommer overens, å øke bemanningen m.m.

Videre er jevnlig opplæring av de ansatte som jobber på sykehjemmet helt sentralt.

Sivilombudsmannen har gjennomført flere besøk ved institusjoner for psykisk helse. I besøksrapportene fra disse besøkene går ombudsmannen inn på hvordan man bør jobbe med å forebygge farlige situasjoner og tvangsbruk i psykisk helsevern³. Prinsippene som fremgår av ombudsmannens besøksrapporter må kunne overføres også til arbeidet med å forebygge farlige situasjoner i sykehjem, så langt de passer.

Fylkesmannen viser særlig til ombudsmannens påpekninger rundt viktigheten av opplæring, holdninger og kommunikasjon i arbeidet med å forebygge farlige situasjoner. Fra besøksrapport fra Reinsvoll sykehus, avdeling for akuttpsykiatri og psykosebehandling⁴ side 22:

Sivilombudsmannen merket seg som positivt at avdelingens arbeid med å forebygge tvangsbruk i større grad synes å være rettet mot holdninger og kommunikasjon for å unngå tilspissede situasjoner enn på trening i praktisk gjennomføring av tvang i en allerede oppstått konflikt. Det fremkom at mye av treningen hadde foregått ved hjelp av scenariobasert trening, for eksempel i hvordan formidle vanskelige beskjeder til pasientene uten å skape en tilspisset situasjon. Ved en døgnenhet var det stor oppmerksomhet om at trening i makt- og gripeteknikker potensielt kan senke terskelen for å bruke tvang. Dette sammenfaller med Sivilombudsmannens tidligere funn som også kan tyde på at et for sterkt fokus på praktiske teknikker utgjør en risiko for mindre oppmerksomhet mot tiltak som kan forebygge situasjoner.

I besøksrapport fra Oslo universitetssykehus, seksjon for psykosebehandling, Gaustad⁵, uttales følgende på side 20:

Samtaler med miljøpersonalet tydet på høy bevissthet om å forebygge bruk av tvang inne på enhetene. Det ble lagt vekt på å være i forkant og forhindre at situasjoner tilspisset seg. Ansatte la vekt på å bli godt kjent med hver pasient slik at de kunne fange opp signaler om at en situasjon var i ferd med å eskalere, samt forsøke andre mulige tiltak for å roe en situasjon (lempe på regler, avlede, tilby kontakt/samtaler, skjerme på eget rom eller skjermingsenhet Seksjonen hadde systematisert dette arbeidet gjennom en metode kalt «Early Recognition Method», og alle seksjonens ansatte syntes godt kjent med dette.

Det sentrale er at opplæringen og tilnærmingen har hovedfokus på hvordan man forebygger. Det er viktig at opplæringen har fokus på hvordan man kan forebygge og nedtrappe eskalerende situasjoner, og hvordan man kan håndtere uønskede hendelser på en trygg, sikker og mest mulig

³ Det er viktig å understreke at psykisk helsevernloven § 4-8 gir hjemmel til tvangsinngrep mot en pasient for å bl.a. beskytte andre mot pasienten, etter strenge vilkår. En slik tvangshjemmel finnes ikke for sykehjem, jf. det vi har skrevet om nødrett/nødverge. Når ombudsmannen i de nevnte sitatene skriver «tvangsbruk», er det en henvisning til psykisk helsevernloven § 4-8. Det ombudsmannen skriver om hvordan man skal arbeide med forebygging m.m. mener vi allikevel at har betydelig overføringsverdi til sykehjem og hvordan man skal jobbe forsvarlig og systematisk med å forebygge farlige situasjoner for pasienten selv og for andre.

⁴ <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/05/Reinsvoll-psykiatriske-sykehus-2018.pdf>

⁵ <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2018/02/Sivilombudsmannens-bes%C3%B8ksrapport-OUS-seksjon-for-psykosebehandling-Gaustad.pdf>



omsorgsfull måte. Det er videre essensielt å ta hensyn til den enkelte pasients særegenheter og historikk, og ha tilstrekkelig opplæring i slike vurderinger.

- **Dokumentasjon og evaluering:**

Avslutningsvis understreker vi viktigheten av god dokumentasjon, både der man klarte å roe en utagerende situasjon uten bruk av nødrett/nødverge, og der det ble brukt makt mot en pasient for å beskytte andre mot pasienten. Det følger av helsepersonelloven § 40, jf. pasientjournalforskriften § 8 at journalen skal inneholde alle relevante og nødvendige opplysninger om pasienten og helsehjelpen. God dokumentasjon er det viktigste verktøyet for å kunne evaluere det som har skjedd på en forsvarlig måte og det vil være viktig for pasientens rettssikkerhet. Der det ble brukt makt mot en pasient for å beskytte andre, vil det bl.a. kunne være relevant å journalfølge følgende opplysninger:

- Tid/sted for maktbruken
- Hvem som har deltatt i gjennomføringen
- Beskrivelse av situasjonen
- Beskrivelse av andre løsninger som ble forsøkt før bruk av makt
- Beskrivelse av hvordan det ble gjennomført
- Varighet og situasjon når maktbruken ble avsluttet
- Beskrivelse av pasientens reaksjoner
- Vurdering av det som skjedde, herunder hva som kunne vært gjort annerledes for å ikke ha havnet i den situasjonen m.m.

Det er også viktig å journalføre dersom personalet klarer å bruke miljøtiltak og andre former for forebygging for å hindre en utagerende situasjon uten maktbruk, og en vurdering av dette.

Sykehjemmet må i tillegg ha systemer som sikrer at man har en god nok oversikt over dette både på individnivå og på systemnivå, slik at det er enkelt for de ansatte å se situasjoner i sammenheng.

Vi understreker også viktigheten av å ha rutine/prosedyre og en praksis som sikrer en kontinuerlig vurdering og evaluering av helsehjelpen som blir gitt til en pasient, herunder også hvordan man kan forebygge og håndtere utagerende situasjoner uten bruk av nødrett/nødverge. Det er viktig at evalueringen skjer på en måte som sikrer tilstrekkelig tverrfaglig kompetanse og kjennskap til pasienten, og at man aktivt bruker dokumentasjon fra journal og avviksmeldinger inn i dette. Resultatet av slike evalueringer må dokumenteres i pasientens journal, og dette bør også reflekteres i pleie-/tiltaksplan.

Det må også sikres at all bruk av makt og tvang for å beskytte andre, registreres og håndteres som avvik.

Med hilsen

Janne Dahle-Melhus
fylkeslege/avdelingsdirektør

Anders Kvadsheim Mygland
seniorrådgiver

Dokumentet er elektronisk godkjent



«Mottakernavn»
«Adresse»
«Postnr» «Poststed»
«Kontakt»

Kontakt saksbehandler

Anders Kvadsheim Mygland, 51568721
e-post: anders.mygland@statsforvalteren.no

Regelverket for individuelle besøksbegrensninger i sykehjem

Vi anmoder om at kommunen videresender dette brevet til relevante ledere og ansatte i administrasjonen, og til alle sykehjem i kommunen.

Bakgrunn

Vi får jevnlig henvendelser fra både sykehjem og privatpersoner som gjelder regelverket rundt det å illegge konkrete pårørende mer omfattende besøksbegrensninger enn det som følger av husordensregler. Dette begrunnes f.eks. med at en pårørende av en beboer på sykehjemmet, som inkluderer venner e.l., viser truende, farlig eller annen utfordrende atferd overfor ansatte og/eller andre pasienter på sykehjemmet, at personen skader eller på andre måter vurderes å være til skade for beboeren som hen besøker e.l. Dette kan skyldes f.eks. rusbruk, psykisk uhelse eller andre ting hos den pårørende.

Da vi erfarer at dette er et tilbakevendende tema i sykehjem, sendte vi et tolkningsspørsmål til Helsedirektoratet. Vi har vært i dialog med Helsedirektoratet som stort sett var enig i vår forståelse. Vi formidler derfor vår forståelse av regelverket her med de påpekningene som Helsedirektoratet hadde til oss, og håper det gir veiledning til kommunene og sykehjemmene.

Statsforvalterens vurderinger

1. Adgangen til individuelle besøksbegrensninger og vilkår for dette

Utgangspunktet er at pasienter skal få medvirke og at pårørende skal involveres. Her viser vi f.eks. til pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1. Fokus i helselovgivningen er på nærmeste pårørende, men som det fremgår av Helsedirektoratets *Pårørendeveileder*¹ er det viktig med involvering av også andre pårørende, venner o.l., så lenge det skjer innenfor taushetspliktens grenser. Vi viser til Pårørendeveilederen for dette mer generelt, hvor det gis veiledning og anbefaler. Når det gjelder besøk i sykehjem, så følger det av sykehjemsforskriften § 4-5 at «[b]eboerne skal fritt kunne motta besøk». Dette er viktige utgangspunkt. Det må også ses til sykehjemsforskriften § 4-4, som sier at «[b]eboerne skal ha adgang til å dyrke sine interesser og forme sin tilværelse som de ønsker i den utstrekning det er forenlig med den medisinske behandling, drift av boformen og av hensynet til andre beboere».

¹ <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>



Hvis beboer ikke ønsker besøk fra en person, skal det respekteres. Da trenger ikke sykehjemmet fatte vedtak eller avgjørelse om besøksbegrensning for å si nei til besøk. Beboeres ønsker rundt dette må journalføres og evalueres ved endringer, og det bør tas opp med den enkelte tidlig i oppholdet. Det er først der beboer ønsker besøk fra den det gjelder, at det faktisk blir en begrensning å si nei til besøk fra vedkommende, og det er det vi videre kaller begrensninger. Der en beboer pga. sin helsetilstand ikke lenger klarer å ta stilling til dette, vil utgangspunktet være at pårørende skal få besøke beboer og at sykehjemmet må legge til rette for det. Beboer vil også i slike tilfeller kunne ha verdifulle meninger om dette, på en tilrettelagt måte, både muntlig og gjennom kroppsspråk o.l. Her må det også kunne ses til beboers meninger om besøk fra en konkret person mens hen hadde en mindre alvorlig kognitiv svikt.

Ut fra dette kan man si at det i utgangspunktet er stor åpning for pårørendekontakt i sykehjem. Det er sykehjemmet som må begrunne eventuelle begrensninger i pårørendes kontakt med beboer, der beboer selv ønsker slik kontakt. Videre påpeker vi viktigheten av at sykehjem avvikshåndterer og dokumenterer det som oppleves som uheldige opplevelser med pårørende, og forsøker å gå i dialog med beboer og pårørende i den grad det er mulig.

Når det gjelder *begrensninger* i besøk, så kan sykehjem lage husordensregler. Dette følger av helse- og omsorgstjenesteloven § 12-4 og også av at det er en helseinstitusjon. I husordensregler kan man imidlertid kun regulere det som det er vanlig å regulere når flere bor sammen, og disse reglene må gjelde for alle. Det betyr at man kan regulere rimelige regler for hvor og når besøk kan finne sted, som gjelder for alle beboerne på sykehjem. Generelt skal det også mer til for å regulere aktiviteter og atferd på rommene som ikke forstyrrer eller påvirker andre, enn aktiviteter og atferd i fellesarealene. Av besøk kan det reguleres i husordensreglene at man ikke har besøk på natt (med åpning for noen individuelle unntak, f.eks. hvis beboer er døende²), at det er enkelte tidspunkt man særlig ønsker at besøk skal foregå o.l. Men husordensreglene gjelder for alle og kan ikke være for strenge.

Det betyr at man ikke kan regulere strengere *individuelle* besøksbegrensninger i husordensregler.

Det finnes ingen egne bestemmelser i sykehjemsforskriften eller andre steder som direkte gir sykehjem hjemmel til å iverksette strengere individuelle begrensninger på besøk for konkrete pårørende, venner o.l. av en sykehjemsbeboer³. Det kan da spørres om individuelle besøksbegrensninger på sykehjem er et så stort inngrep at det krever klar hjemmel i lov eller forskrift⁴. Det er ikke tvil om at individuelle begrensninger i besøk, særlig totale forbud i en periode, kan være inngripende for både beboer og pårørende, og ofte er noe som lovgiver innfører hjemler for å regulere.

Vi vurderer allikevel at det er klart at forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 gir kommunen tilstrekkelig klar hjemmel til å begrense besøk fra konkrete pårørende, etter en konkret vurdering. Dette må gjelde av hensyn til den aktuelle beboeren, medbeboer/andre pårørende og til ansatte. Sykehjem har plikt til å gi forsvarlige helse- og omsorgstjenester til alle, de skal sikre et trygt bomiljø mv. Dette støttes av Sivilombudets uttalelse SOMB-2004-2093 (inntatt på side 148-150 i

² Se bl.a. Helsedirektoratets nasjonale faglige råd *Lindrende behandling i livets slutfase* punkt 2, under «[lvareta pasient og pårørendes behov for samtale og informasjon i livets slutfase](#)».

³ Et eksempel på en slik hjemmel i et annet lovverk er psykisk helsevernloven § 4-5, hvor det er krav om vedtak, visse vilkår mv.

⁴ Her må helseinstitusjoner som sykehjem skilles klart fra omsorgsboliger, bofellesskap o.l., som *ikke* er institusjoner. Det er klart at beboeres egne leiligheter i omsorgsboliger, bofellesskap o.l. er et område som beboeren i stor grad styrer selv, uten at kommunen kan ilegge særlige begrensninger der. Det gjelder også for besøk, hvor kommunen ikke har egen hjemmel til å begrense besøk mot en beboers vilje i egen leilighet.



ombudets årsmelding for 2004⁵) hvor ombudet aksepterer at en kommune kunne ilegge en pårørende strenge besøksbegrensninger etter en konkret vurdering, ut fra «*hensynet til pasienten, de øvrige beboere og personalet*».

Når det gjelder de mer konkrete vurderingene, må utgangspunktet være at begrensninger i besøk gjøres som siste utvei, og både pårørende og beboer bør involveres så langt som mulig i dette, uavhengig av beboers samtykkekompetanse. Medvirkning etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 er viktig. I samsvar med bl.a. Sivilombudets uttalelse SOMB-2004-2093 vurderer vi at slike begrensninger må skje innenfor krav om forholdsmessighet og saklighet. Sykehjemmet må balansere motstridende rettigheter, særlig beboers rett til å ta imot besøk etter sykehjemsforskriften opp mot hensynene som taler for besøksbegrensninger i den enkelte sak, som forsvarlighetskravet – hvor særlig hensynet til beboeren selv, medbeboer og personalet kan inngå.

Det er naturlig å stille opp krav om at besøksbegrensninger må være *nødvendige og forholdsmessige*. At en besøksbegrensning må være *nødvendig* betyr bl.a. at man har forsøkt andre, mindre inngripende tiltak, eller så må slike tiltak bli vurdert som formålsløse. Dette kan f.eks. være å ha dialog med pårørende og beboer, prøve å inngå en form for avtale med pårørende o.l. At besøksbegrensningen må være *forholdsmessig* betyr at fordelene med besøksbegrensningen må veie tyngre enn ulempene som besøksbegrensningen representerer beboer og eventuelt også for pårørende.

Eventuelle begrensninger må også gjøres så lite inngripende som mulig, ut fra det den konkrete saken handler om.

2. Krav til saksbehandling av individuelle besøksbegrensninger

Eventuelle individuelle besøksbegrensninger må utredes på en forsvarlig måte. Det er også klart at slike vurderinger må skriftliggjøres. Et spørsmål er om individuelle besøksbegrensninger er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. At det er et enkeltvedtak betyr at forvaltningsloven kapittel IV-VI gjelder for avgjørelsen, inkludert at det er klagerett.

Begrepet enkeltvedtak er definert i forvaltningsloven § 2 første ledd bokstav b, jf. bokstav a. Etter denne definisjonen må enkeltvedtak oppfylle visse kriterier: Det må være «*en avgjørelse*» som treffes «*under utøving av offentlig myndighet*», og som «*generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter*» til «*en eller flere bestemte personer*».

Det er ikke tvil om at en individuell begrensning i besøk er «*utøving av offentlig myndighet*». At avgjørelsen skal være «*bestemmende*», innebærer at den f.eks. må etablere, endre eller oppheve en rett eller plikt⁶.

Den nærmere avgrensingen mellom enkeltvedtak og andre avgjørelser må skje etter en konkret vurdering.

Vi vurderer at det er klart at totale besøksbegrensninger for en eller flere konkrete pårørende i en periode, er så inngripende at det er enkeltvedtak etter forvaltningsloven. For andre mer inngripende former for individuelle besøksbegrensninger, vurderer vi det på samme måte. Det går en grense for når de individuelle besøksbegrensningene ikke er inngripende nok til at de er enkeltvedtak, men det må vurderes konkret fra sak til sak.

⁵ <https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2017/04/%C3%85rsmelding-for-Sivilombudsmannen-2004.pdf>

⁶ For mer om dette, se bl.a. Sivilombudets uttalelse av 27.10.2015 (SOM-2013-2871).



Vurderingene og begrunnelsen må uansett dokumenteres og formidles skriftlig til beboer og den aktuelle pårørende. I samsvar med argumentasjonen i Sivilombudets uttalelse SOMB-2004-2093 må slike avgjørelser alltid ha en maksimal varighet, som sikrer at det blir gjort en ny vurdering av videre besøksbegrensning ved jevne mellomrom.

Vi mener også at beslutningsmyndigheten rundt dette bør legges til en eller flere ledere på sykehjemmet, f.eks. avdelingsleder og/eller virksomhetsleder.

I tillegg må disse vurderingene evalueres kontinuerlig. Det gjelder der sykehjemmet vurderer at det på et tidspunkt ikke er nødvendig med individuelle besøksbegrensninger, og det kommer ny informasjon som kan endre på det. Det gjelder også der det er fattet et vedtak om å begrense en pårørendes besøk på sykehjemmet, og hvor det i f.eks. dialogen med pårørende og/eller beboer kommer informasjon som gjør at dette bør revurderes.

3. Klagerett og hvem som er riktig klageinstans

Det er avslutningsvis et spørsmål om hvem som er riktig klageinstans på slike vedtak og avgjørelser om å begrense besøk fra individuelle pårørende. Etter forvaltningsloven § 28 er at kommunen selv klageinstans på egne vedtak, med mindre det er en lovhjemmel som sier noe annet. Her vurderer vi at riktig hjemmel for klagerett er pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2. Spørsmålet blir særlig om retten til medvirkning i pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 er brutt med besøksbegrensningen, hvor vurderingene vi har gjennomgått ovenfor vil være avgjørende.

Etter § 7-2 er det kun beboer, eller beboers representant (verge med relevant mandat eller noen beboer gir skriftlig fullmakt til) som kan klage på en slik besøksbegrensning. Ingen andre enn verge har selvstendig klagerett etter § 7-2 der beboer mangler samtykkekompetanse knyttet til dette⁷. Den pårørende som besøksbegrensningen retter seg mot, vil typisk ikke ha klagerett etter § 7-2 på slike besøksbegrensninger. Unntaket gjelder for nærmeste pårørende der beboer mangler samtykkekompetanse knyttet til dette, da nærmeste pårørende i et slikt tilfelle har egen rett til å medvirke etter § 3-1 og derfor vil kunne klage etter § 7-2 på besøksbegrensninger som gjelder nærmeste pårørende selv.

En klage på besøksbegrensning etter § 7-2 følger det vanlige systemet i forvaltningsloven. Dvs. at klagen skal sendes til sykehjemmet, som skal vurdere klagen, herunder oppheve eller endre vedtaket dersom sykehjemmet finner klagen begrunnet, jf. forvaltningsloven § 33 andre ledd. Klagen har ikke automatisk oppsettende virkning, som betyr at besøksbegrensningen kan iverksettes med en gang den er fattet, og en klage i utgangspunktet ikke har innvirkning på det mens den behandles.

Dersom klagen ikke gis medhold ved sykehjemmets klagevurdering, skal saken uten ugrunnet opphold oversendes til oss som klageinstans sammen med alle sakens dokumenter og sykehjemmets vurdering av klagen, jf. § 33 fjerde ledd. Ut fra at besøksbegrensninger ofte ikke vil ha varighet ut over noen uker av gangen, er det viktig at saksbehandlingen er rask slik at det kan bli en reell klagebehandling.

Avsluttende kommentarer

Vi håper at dette brevet er avklarende, og kan brukes av kommunene og sykehjemmene. Det er viktig at sykehjem holder fast på at utgangspunktet er at beboerne fritt skal kunne ta imot besøk,

⁷ Se [Helse- og omsorgsdepartementets tolkningsuttalelse av 23.06.2017](#).



men det er også viktig at sykehjem er kjent med mulighetene for å begrense dette etter konkrete vurderinger. Slike begrensninger kan være sentrale i enkelte saker av hensyn til beboeren selv, og av hensyn til medbeboere, andre pårørende og de ansatte.

Vi anbefaler at kommunen og sykehjemmene implementerer det vi skriver her i egne systemer, i form av prosedyre/rutine og andre eventuelle relevante systemdokumenter som går på dette, opplæring av ansatte og f.eks. maler for vedtak og avgjørelser om individuelle begrensninger i besøk for konkrete pårørende. Vi viser til kommunen og sykehjemmenes ansvar etter forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten.

Vi kan kontaktes hvis kommuner eller sykehjem har oppfølgingsspørsmål eller behov for andre avklaringer.

Med hilsen

Marit Bergeland (e.f.)
ass. direktør

Anders Kvadsheim Mygland
seniorrådgiver/jurist

Dokumentet er elektronisk godkjent

Adresseliste:

Eigersund kommune	Postboks 580	4379	Egersund
Stavanger kommune	Postboks 8001	4068	Stavanger
Haugesund kommune	Postboks 2160	5504	Haugesund
Sandnes kommune	Postboks 583	4305	Sandnes
Sokndal kommune	Gamleveien 20	4380	Hauge I Dalane
Lund kommune	Moiveien 9	4460	Moi
Bjerkreim kommune	Postboks 17	4389	Vikeså
Hå kommune	Rådhusgata 8	4360	Varhaug
Klepp kommune	Postboks 25	4358	Kleppe
Time kommune	Postboks 38	4349	Bryne
Gjesdal kommune	Rettedalen 1	4330	Ålgård
Sola kommune	Postboks 99	4097	Sola
Randaberg kommune	Postboks 40	4096	Randaberg
Strand kommune	Postboks 115	4126	Jørpeland
Suldal kommune	Eidsvegen 7	4230	Sand
Sauda kommune	Postboks 44	4201	Sauda
Kvitsøy kommune	Kommunehusveien 6	4180	Kvitsøy
Bokn kommune	Boknatun	5561	Bokn
Tysvær kommune	Postboks 94	5575	Aksdal
Karmøy kommune	Postboks 167	4291	Kopervik
Utsira kommune	Postboks 63	5547	Utsira
Vindafjord kommune	Rådhusplassen 1	5580	Ølen