

# Besøksstans og sosial isolering

## Innhold

1	Bakgrunn.....	2
2	Beskrivelse og forståelse av oppdraget .....	2
3	Organisering og gjennomføring .....	3
4	Rettslige utgangspunkter.....	4
4.1	Om innføringen av alminnelig besøksstans.....	4
4.2	Rett til medvirkning og informasjon .....	4
4.3	Barns særlige rettigheter .....	5
4.4	Forsvarlighetskravet.....	5
4.5	Menneskerettslige forpliktelser .....	5
5	Prinsipielle og etiske vurderinger .....	6
5.1	Ivaretagelse av pasienter og brukere.....	6
5.2	Ivaretagelse av pårørende .....	7
5.3	Ivaretagelse av helsepersonell .....	7
5.4	Selvbestemmelse og medvirkning .....	8
5.5	Rettferdighet og tillit.....	8
6	Besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner .....	9
7	Hensyn knyttet til ulike pasient- og brukergrupper .....	10
7.1	Barn.....	10
7.2	Pasienter i livets slutfase .....	10
7.3	Pasienter med langvarige institusjonsopphold .....	10
7.4	Alvorlig syke pasienter .....	11
7.5	Pasienter som skal til behandling i spesialisthelsetjenesten.....	11
8	Ivaretagelse av smittevern ved gjennomføring av besøk .....	11
8.1	Råd ved besøk hos pasienter/beboere uten covid-19 .....	11
8.2	Råd ved besøk hos pasient/bruker med mistenkt, sannsynlig/bekreftet covid-19.....	12
9	Organisering og tilrettelegging i helseinstitusjonen .....	12
9.1	Organisering.....	12
9.2	Informasjon.....	13
9.3	Lokaler .....	13
9.4	Besøk ute .....	13
10	Tiltak som kan bidra til økt aktivisering og avlastning .....	14
10.1	Bruk av videokommunikasjon .....	14
10.2	Andre tiltak for aktivisering og sosialisering .....	15
10.2.1	Pasienter i helse- og omsorgsinstitusjoner.....	15
10.2.2	Hjemmeboende og dagtilbud.....	15
10.2.2.1	Gradvis åpning av dagsenter.....	16

## 1 Bakgrunn

Mange pasienter og brukere i helse- og omsorgsinstitusjoner er særlig sårbare for smitte med Covid-19 på grunn av alder og underliggende sykdommer. For å beskytte sårbare pasienter og brukere mot smitte, er det innført adgangskontroll og alminnelig besøksstans i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner og fellesarealer i omsorgsboliger. Det er også anbefalt å begrense besøk i private hjem.

Det er gode grunner til å opprettholde alminnelig besøksstans med overnevnte begrunnelser, og selv om vi nå ser en positiv utvikling med hensyn til redusert smitte i Norge, må helse- og omsorgstjenesten være forberedt på å fortsette med strenge smittetiltak. Samtidig må tiltakene tilpasses tidsperspektivet ved at pandemien for mange vil bli den nye normalsituasjonen. Dette stiller krav til grundige og trygge vurderinger som ivaretar pasienter og pårørende, sikrer godt smittevern og legger til rette for at pårørende får besøke sine nærmeste når det er nødvendig.

Det er uheldig, og kan være uforsvarlig, å isolere beboere og pasienter fra sosial kontakt med sine nærmeste over lang tid. Det kan forringe livskvaliteten for pasienter og beboere og deres pårørende i vesentlig grad. Ensomhet kan gi økt risiko for fysiske og psykiske plager og sykdommer, inaktivitet og redusert ernæringsinntak. Sosial isolasjon kan føre til at utvikling av sykdommer ikke oppdages og at behandling forsinkes.

I tillegg har det kommet tilbakemeldinger om at anbefalingen om besøksstans praktiseres strengt, og mange har ikke kunnet besøke sine nærmeste på lang tid. Dette kan skyldes smittevernfaglige vurderinger fra kommunene og sykehus, men det kan også bero på usikkerhet knyttet til hvordan en kan legge til rette for besøk som ivaretar smittevernradene. Det vises til at avgjørelser om å tillate besøk kan være vanskelige med kompliserte etiske problemstillinger, hvor hensynet til den enkelte veies opp mot smittevernhensyn og hensynet til hva som lokalt er best for pasientgruppen som helhet.

Det er derfor behov for en vurdering av hvordan vi kan ivareta livskvaliteten til disse gruppene, herunder sikre mulighet for aktivisering og sosial kontakt, både generelt og med pårørende spesielt, på kort og på lengre sikt. Det er viktig å finne gode løsninger som ivaretar både smittevern i helse- og omsorgsinstitusjoner og pasientene, brukerne og deres pårørende.

## 2 Beskrivelse og forståelse av oppdraget

Helse- og omsorgsdepartementet ber Helsedirektoratet om å vurdere:

- De etiske sidene ved alminnelig besøksstans i helse- og omsorgsinstitusjoner med særlig oppmerksomhet på muligheten for alvorlig syke mennesker til å møte sine nærmeste. Besøksstans vil påvirke den psykiske og fysiske helsen til de som er omfattet, og det er særlig behov for å vurdere hvordan kan man i størst mulig grad kan leve og fungere med slike restriksjoner – opprettholde livskvalitet.
- Hvordan kan det legges til rette for økt besøk av pårørende til beboere og langtidspasienter i helse- og omsorgsinstitusjoner samtidig som nødvendige smittevernhensyn ivaretas.

- Det bes også om hvordan en kan stimulere til tiltak som kan bidra til økt aktivisering og avlastning for mottakere av kommunale helse- og omsorgstjenester som er særlig påvirket av anbefalingene om sosial isolering. Oppdraget gjelder også andre som av andre årsaker er isolert over lengre tid.

Det er behov for en etisk og prinsipiell tekning om temaet og det er bedt om at Helsedirektoratet knytter til seg relevant kompetanse

Som det framgår ovenfor, har direktoratet sett det hensiktsmessig å dele oppdraget inn i tre punkter.

Når det gjelder den videre forståelsen og avgrensningen av oppdraget, er det naturlig å ta utgangspunkt i de deler av helse- og omsorgstjenesten som er underlagt alminnelig besøksstans med utgangspunkt i direktoratets brev av 6. og 14. mars, dvs. offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner (døgninstitusjoner) i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Dette inkluderer bla. sykehus, behandlingsinstitusjoner innenfor psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB), sykehjem, barne- og avlastningsboliger, kommunale døgnakutt-tilbud og kommunale rusinstitusjoner. Pasienter og brukere i nevnte institusjoner er imidlertid ikke berørt av besøksrestriksjoner i samme grad; f.eks. vil pasienter og brukere i TSB og kommunale rusinstitusjoner fritt kunne møte venner og familie utenfor institusjonen, mens sengeliggende pasienter og pasienter som er underlagt tvang ikke har denne muligheten. Dette blir reflektert i drøftelsene i notatet nedenfor, som først og fremst vil gjelde de pasienter og brukere som ikke selv kan oppsøke sosial omgang.

Det vurderes videre naturlig å la oppdraget omfatte alle pasienter og brukere som oppholder seg i helse- og omsorgsinstitusjoner over såpass lang tid at det vil oppleves som en belastning ikke å kunne ta imot besøk. Dette kan i prinsippet forekomme også ved korttidsopphold i forbindelse med rehabilitering eller avlastning mv. Det avgrenses derfor ikke mot slike opphold.

For pasienter i psykisk helsevern vises til det [Helsedirektoratets brev av 28.4 om ivaretagelse av rettsikkerheten til pasienter i tvungent psykisk helsevern under Covid-19pandemien m.m.](#)

Selv om fellesarealer i omsorgsboliger mv. for så vidt er omfattet av Helsedirektoratets brev av 14. mars, avgrenser vi i oppdraget mot dette, da slike arealer ikke er naturlige arenaer for sosial omgang i dagens situasjon.

Frist for oppdraget er 30.04.20.

### 3 Organisering og gjennomføring

Arbeidet har vært organisert i Helsedirektoratet. Det er tidlig i prosessen bedt om innspill fra Senter for medisinsk etikk, Pårørendealliansen, Nasjonalforeningen for folkehelsen, DAM-stiftelsen, Den norske legeforening, Norsk sykepleierforbund, Fagforbundet, Norges institusjon for menneskerettigheter og Fellesorganisasjonen. Vurderingene disse har bidratt med har vært svært nyttige i arbeidet. Folkehelseinstituttet har gitt utfyllende råd knyttet til smittevern.

Oppdraget har hatt en tidsramme på 7 dager.

Arbeidsgruppe i Helsedirektoratet:

- Kine Lynum, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester

- Berit Kvalvaag Grønnestad, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Per-Christian Wandås, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Svein Høegh Henrichsen, avdeling kommunale helse- og omsorgstjenester
- Sissi Leyell Espetvedt, avdeling spesialisthelsetjenester
- Rolf Windspoll, avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
- Juni Kristin Bratberg Melting, avdeling velferdsteknologi og rehabilitering
- Ann-Kristin Wassvik, avdeling helserett og bioteknologi

## 4 Rettslige utgangspunkter

### 4.1 Om innføringen av alminnelig besøksstans

I brev fra Helsedirektoratet 14. mars 2020 er det lagt til grunn at forsvarlighetskravet i helselovgivningen inntil videre gjør det nødvendig med adgangskontroll og alminnelig besøksstans i alle landets offentlige og private helse- og omsorgsinstitusjoner og i fellesarealer i omsorgsboliger. Ut fra hva direktoratet kjenner til, er dette fulgt opp i helse- og omsorgstjenesten.

I brevet er det også anbefalt å begrense besøk i pasienters og brukeres leiligheter (dvs. i deres private hjem) i bofellesskap og omsorgsboliger mv., men understreket at dette må skje basert på frivillighet. I denne sammenhengen er altså det rettslige utgangspunktet at besøksbegrensninger i pasienters og brukeres private hjem ikke kan besluttes av andre enn pasienten/brukeren selv, og at pasienten/brukeren selv bestemmer når - og av hvem - hun eller han vil ha besøk.

Det ovenstående innebærer at rettsreglene som omtales nedenfor først og fremst har relevans for regulering av besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner der besøksstans er besluttet av kommunen eller helseforetak, evt. institusjonsledelsen. Se også forståelsen/avgrensningen av oppdraget under pkt. 2 ovenfor.

### 4.2 Rett til medvirkning og informasjon

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 3-1 første ledd at pasient eller bruker har rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester. Dersom pasienten ikke har samtykkekompetanse, har pasientens nærmeste pårørende rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. tredje ledd. For at medvirkningsretten skal bli reell, er det viktig at den tilpasses hver enkelt pasient eller brukers individuelle forutsetninger og behov. Det er derfor understreket i første ledd tredje setning at det skal tas utgangspunkt i den enkeltes evne til å motta og gi informasjon.

Barn har også medvirkningsrett. Barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter skal gis informasjon og høres, og det skal legges vekt på hva barnet mener i samsvar med barnets alder og modenhet. Er pasienten under 16 år, evt. 18 år hvis pasienten mangler samtykkekompetanse, er det den eller de med foreldreansvaret som har rett til å medvirke sammen med pasienten, jf. tredje ledd og pasient- og brukerrettighetsloven § 4-4.

Rett til å medvirke ved gjennomføringen av helse- og omsorgstjenester innebærer at pasienten/brukeren har rett til å medvirke ved avgjørelse av om hun eller han skal ha besøk og av hvem, og om hvordan besøket skal gjennomføres. Medvirkningen og tilretteleggingen for besøk må skje innenfor rammene av forsvarlighetskravet, herunder hensynet til nødvendig smittevern.

Etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-2 har pasienter og brukere rett til bl.a. den informasjon som er nødvendig for å kunne ivareta medvirkningsretten. Dersom nærmeste pårørende har rett til å medvirke sammen med pasienten eller brukeren, har også nærmeste pårørende rett til slik informasjon. For å kunne utgi taushetsbelagt informasjon til andre, kreves annen hjemmel, eller samtykke fra pasienten eller brukeren.

### 4.3 Barns særlige rettigheter

Etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 6 er barn i helseinstitusjon i spesialisthelsetjenesten gitt særlige rettigheter til bl.a. samvær med foreldrene og aktivisering under oppholdet. Barn har rett til samvær med minst en av foreldrene eller andre med foreldreansvaret under hele oppholdet i helseinstitusjon, med mindre dette er utilrådelig av hensyn til barnet.

Dersom barnet oppholder seg i barne- eller avlastningsbolig i kommunen, gjelder de alminnelige bestemmelsene om medvirkning mv. som er redegjort for ovenfor. Det vises også til EMK artikkel 8 om retten til familieliv, omtalt nedenfor under pkt. 4.5. Av konvensjon om barns rettigheter følger bl.a. at barnets beste skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som berører barn. Det må her tas særlig hensyn til den betydningen det vil ha for barnets opplevelse av trygghet å kunne se og være sammen med foreldrene. Dette gjelder særlig for barn som av ulike grunner ikke forstår bakgrunnen for besøksrestriksjoner.

### 4.4 Forsvarlighetskravet

Det følger av forsvarlighetskravet i helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-2, samt helsepersonelloven § 4, at alle helse- og omsorgstjenester som tilbys skal være forsvarlige. Dette gjelder også tilretteleggingen og gjennomføringen av tjenestene.

Forsvarlighetskravet er hjemmel for de innførte besøksrestriksjonene, ved at restriksjonene er nødvendige for å sikre sårbare pasienter og brukere i helse- og omsorgsinstitusjoner mot smitte. Samtidig innebærer forsvarlighetskravet også at det må tas hensyn det behovet pasienter og brukere i institusjon vil ha for kontakt med sine nærmeste. Det må vurderes konkret hvilke restriksjoner på fysisk besøk til pasienter og brukere i helse- og omsorgsinstitusjoner som er forsvarlig. Særlige hensyn må tas bl.a. der pasienten eller brukeren er et barn, er alvorlig syk eller har kort forventet levetid, eller restriksjoner opprettholdes over lengre tid.

### 4.5 Menneskerettslige forpliktelser

Menneskerettighetene setter rammer for hvordan og hvor langt helsemyndighetene kan gå for å beskytte sårbare pasient- og brukergrupper mot smitte. Det må foretas vurderinger av besøksforbudets lovmessighet, nødvendighet og forholdsmessighet. Dette er vurderinger som må gjøres løpende, for å sikre at tiltakene til enhver tid ikke er strengere enn det som er nødvendig. Det er her viktig å være oppmerksom på at begrensninger i kontakten pasienten og brukeren kan ha med sine nærmeste, kan skape fortvilelse og angst hos den enkelte. Noen pasienter med akutt og alvorlig sykdom har særlig behov for samvær med sine nærmeste og andre.

Den mest sentrale bestemmelsen ved vurderingen av besøksrestriksjoner i lys av menneskerettighetene, er EMK artikkel 8 om retten til privatliv og familieliv. Inngrep i retten til

familieliv kan kun tillates dersom de har hjemmel i lov, er nødvendige, og forholdsmessige. Disse rettighetene har også beboeres og pasienters pårørende. Bestemmelsen kan også innebære positive forpliktelser til å sikre muligheten til en viss grad av sosial kontakt. Retten til privatliv etter EMK artikkel 8 kan også etter omstendighetene omfatte mulighet til å ha kontakt med nære venner.

I en akutfase vil myndighetene ha et stort handlingsrom til å iverksette brede tiltak, men etter hvert som tiden går vil det være viktig at det gjøres vurderinger av hvorvidt man kan oppnå det ønskede målet med mindre inngripende tiltak, i tråd med minste inngreps prinsipp, og i hvilken grad det kan iverksettes kompensierende tiltak for å begrense effekten av de tiltak som iverksettes. I en situasjon der det ikke er mulig med vanlige besøk i helseinstitusjoner, er det sentralt at det legges vekt på avbøtende tiltak, og at helsemyndighetene utforsker muligheter for sosial kontakt for beboere og pasienter i helseinstitusjoner som kan kompensere for vanlige besøk.

## 5 Prinsipielle og etiske vurderinger

### 5.1 Ivaretagelse av pasienter og brukere

Median alder for de døde av COVID-19 i Norge er 85 år. 70 % av de varslede covid-19-assosierte dødsfallene har vært i aldersgruppen 80 år eller eldre. Majoriteten (62 %) døde på sykehjem eller annen pleie- og omsorgsinstitusjon, 34 % på sykehus og 3 % i eget hjem<sup>1</sup>. For øvrig er det per i dag liten kunnskap om hvilken rolle pårørende spiller for smittespredning i institusjoner. I de fleste kjente smittetilfeller er det ansatte som har utgjort en smitterisiko.

Ut fra prinsippet om ikke å skade, har vi en plikt til å unngå å påføre pasienter ekstra belastninger i form av sykdom, skade og lidelse. Alminnelig besøksstans, sosial isolering og andre smitteverntiltak er innført hovedsakelig for å redusere alvorlig sykdom og død hos det som er en sårbar gruppe pasienter. Beboere på institusjon er særlig eksponert for smitte, og mange av pasientene har demens eller annen kognitiv svikt som gjør det vanskeligere for dem å overholde smitteverntiltak som håndvask og anbefalt avstand. For ikke å skade enkeltpasienter og i solidaritet med den utsatte pasientgruppen, men også helsearbeidere, pårørende og befolkningen forøvrig, er det viktig med gode og effektive smitteverntiltak. Besøksrestriksjoner har med stor sannsynlighet bidratt til å hindre smitte og dødsfall i helse- og omsorgsinstitusjoner. Covid 19-viruset er svært smittomt, og det kreves gode rutiner og høy kompetanse å greie å bryte smittekjeder. Her viser tall fra Kompetanseløft 2020 at årsverk utført av sykepleiere og vernepleiere i sykehjem og institusjoner i 2018 utgjorde 34 % av årsverkene, mens 42 % ble utført av helsefagarbeidere og 25 % ble utført av ufaglærte. Jo lengre inn i institusjonen man slipper pårørende – som inn i avdelinger og pasientrom – jo mer krevende vil det være å opprettholde et forsvarlig smittevern.

Samtidig er det tungtveiende argumenter for å tillate besøk og unngå sosial isolering med bakgrunn i prinsippet om ikke å skade. Pasienter med kognitiv svikt eller demens, samt mange barn, kan være særlig utsatt for konsekvensene av sosial isolering. Besøksrestriksjoner kan bidra til fysisk inaktivitet som er en fare for pasientsikkerheten ved at det kan bidra til økt fallfare, skrøpeligheit og dødelighet. Videre kan sosial isolering bidra til økt forvirring, vrangforestillinger, depresjon, angst, redsel og uro. Isolasjon og besøksstans kan gi mentale sår som kan være vanskelige å hele.

---

<sup>1</sup> COVID-19-EPIDEMIEN: Kunnskap, situasjon, prognose, risiko og respons i Norge etter uke 16  
Folkehelseinstituttet, 21.04.2020

Noen pasienter får hjelp til måltider av pårørende, og besøksrestriksjoner kan derfor bidra til dårligere ernæringsstatus for noen pasienter. Kognitiv svikt medfører manglende forståelse for tiltakene som innføres og kan forverre disse symptomene. Bekymring kan også være blant pasienter som lurer på hvordan deres nære har det, og mange har ikke evne til å forstå hvorfor dette skjer – med påfølgende bekymring. Reduserte besøksrestriksjoner kan bidra til å øke trygghet for pasienter og pårørende, som blir beroliget av samvær. Besøk av pårørende kan bidra til mindre bruk av unødvendig tvang og mindre uro. Lemping på besøksrestriksjoner kan derfor bidra til å gjøre vel for pasientene.

For den enkelte vil behov for nærhet og omsorg, også fra pårørende, komme i konflikt med alminnelig besøksstans. Forventet levetid for eldre og alvorlig syke pasienter, er ofte kort. Livskvalitet er viktig i siste livsfase, og derfor bør pasienten ha sine nærmeste rundt seg i livets avslutning. Det er også betydningsfullt at pårørende får ta farvel. For de eldste og skrøpeligste som har høyest risiko for død ved COVID-19, kan varighet av denne perioden dreie seg om det aller meste av tiden de har igjen å leve.

Pasienter underlagt tvunget psykisk helsevern som i utgangspunktet har begrenset adgang til å bevege seg i samfunnet, vil kunne være ekstra sårbare ved at alminnelig besøksstans gir ytterligere begrensninger til å ha kontakt med omverden. Som nevnt under pkt. 2 ovenfor, er det sendt et eget brev til tjenestene om dette. Det samme vil gjelde andre som er underlagt tvangstiltak i helse- og omsorgsinstitusjoner, som tilbakehold i sykehjem etter pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 4A, eller tilbakehold i institusjon i spesialisthelsetjenesten etter helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 10.

## 5.2 Ivaretagelse av pårørende

Sårbare pårørende kan utsettes for fysiske og psykiske helsebelastninger dersom de ikke får ha kontakt med sin ektefelle/partner, foreldre, barn, søsken eller nære slektninger. Pårørendes behov for å kunne være sammen med sine nære kan være vel så stort som for den enkelte pasient. Pårørendes behov må derfor også – så langt som mulig - tas med i vurderingen om besøk.

Besøksrestriksjoner skaper et informasjonsbehov hos pårørende. Ved mangel på besøk vil mange pårørende ha et ekstra behov for å trygges i at deres nære blir godt tatt vare på. Det er viktig at det gis tilrettelagt informasjon til nærmeste pårørende i samsvar med reglene om informasjon og taushetsplikt, slik at de forstår bakgrunnen for besøksrestriksjonene og hvilke individuelle vurderinger som er lagt til grunn.

Pårørende kan selv være i risikogruppe for utvikling av alvorlig Covid-19 sykdom ved smitte, noe som bør tas hensyn til ved vurdering av besøk. Ektefelle/partner til eldre i sykehjem vil for eksempel ofte selv være i risikogruppen. Besøksadgang stiller krav til informasjon til pårørende om at de selv, gjennom oppholdet på institusjonen, kan bli smitteeksponert og at de må følge krav til smittevern, både mens de er på avdelingen, og ikke minst når de forlater avdelingen. Det er vil også være behov for konkret opplæring av pårørende i smittevernrutiner.

## 5.3 Ivaretagelse av helsepersonell

Besøksrestriksjoner under pandemien vil ofte være avlastende for helsepersonell, da besøk fra pårørende under pandemien krever opplæring i forkant og oppfølging fra helsepersonell under

besøket for å sikre at pårørende overholder nødvendige smitteverntiltak. Smitteverntiltak for pårørende kan derfor være en ekstra arbeidsbelastning i en presset arbeidshverdag.

Reduserte besøksrestriksjoner kan samtidig være avlastende for helsepersonell. Nærvær av pårørende kan bidra til mer ro på avdelingene. Pårørende kan avlaste helsepersonell ved at pasientene får oppmerksomhet som helsepersonell ellers måtte gitt, og i konkrete oppgaver som å bidra i matsituasjoner dersom det kan gis tillatelse til å slippe pårørende helt inn i avdeling/pasientrom, og det kan gis tillatelse til å ha tett kontakt. Men selv i slike tilfeller vil besøk av pårørende innebære ekstraarbeid for personalet i form av opplæring og oppfølging.

Besøksrestriksjoner skaper informasjonsbehov hos pårørende. Det er tidkrevende for helsepersonell å ivareta pårørende sine behov og gi tilstrekkelig informasjon og konkret opplæring.

Dersom det er begrenset tilgang på smittevernutstyr, må det prioriteres til helsepersonell med den konsekvens at pårørendes besøksadgang begrenses dersom dette innebærer forbruk av slikt utstyr. I situasjoner der det er tvil om forsvarlig smittevern lar seg gjennomføre, enten av forhold rundt pårørende eller i mangel av smittevernutstyr eller mangel på personell, må smittevernhensynet veie tungt. Besøksrestriksjoner kan derfor være nødvendig for å ivareta forsvarligheten i tjenestene.

#### 5.4 Selvbestemmelse og medvirkning

Retten til medvirkning og selvbestemmelse står sterkt i helse- og omsorgstjenesten. Langvarig besøksstans og sosial isolering utfordrer disse rettighetene for svært mange pasienter og brukere, dersom de har ønske om sosial omgang med nærstående. Selv om hensynet til smittevern er viktig under pandemien, må pasienters og brukeres rett til medvirkning og selvbestemmelser likevel ivaretas så langt det er mulig. Den enkeltes behov og ønsker mht. besøk og annen sosial kontakt må derfor kartlegges.

Reglene i pasient- og brukerrettighetsloven kapittel 3 og 4 om medvirkning, informasjon og samtykke for pasienter/brukere og nærmeste pårørende, gjelder også i en krisesituasjon. Dersom nærmeste pårørende har rett til informasjon og medvirkning fordi pasienten er mindreårig eller mangler samtykkekompetanse, eller pasienten ønsker at nærmeste pårørende involveres, og medvirkningen vanskeliggjøres som følge av smittevernrestriksjoner, må virksomheter og helsepersonell ta aktivt initiativ til å gi informasjon til pårørende, og gi pårørende mulighet til å medvirke sammen med pasienten på telefon eller via digitale medier.

I situasjoner hvor pasienter blir innlagt akutt i helse- og omsorgsinstitusjon uten mulighet for å gjøre rede for seg, kjenner ikke personalet til pasientens historie og kan dermed heller ikke gi god informasjon til pårørende om pasientens tilstand og hvordan det utvikler seg i forhold til hva som er normalt. Grundige inntakssamtaler med pårørende vil da være helt nødvendig.

#### 5.5 Rettferdighet og tillit

Dersom situasjoner som oppfattes som like håndteres ulikt mellom f.eks. kommuner, kan dette oppfattes urettferdig og være lite tillitvekkende hos de som berøres. Nasjonale retningslinjer vil bidra til at prioriteringer og vurderinger av knyttet til besøk gjøres basert på felles kriterier og retningslinjer, og dermed bidra til å redusere slike ulikheter. Nasjonale retningslinjer vil også kunne bidra til større trygghet, både blant ansatte og pårørende.



Tillit i befolkningen til helsetjenesten og at pasienter får nødvendig oppfølging, er viktig i en krisesituasjon. For å ivareta denne tilliten er det særlig viktig med åpenhet om tiltak og tilstrekkelig informasjon. For å ivareta tillit må derfor pasienter, pårørende, personalet og befolkningen informeres regelmessig og tilstrekkelig og bakgrunnen for og innholdet i de tiltak som til enhver tid gjennomføres.

## 6 Besøk i helse- og omsorgsinstitusjoner

Ved unntak fra alminnelig besøksstans må virksomhetsleder ved institusjonen og behandlende helsepersonell i samråd med pasient og pårørende, gjøre en vurdering av risiko for smitte av den aktuelle pasienten, av øvrige pasienter, pårørende og ansatte opp mot nødvendigheten av besøket. Det bør være klart hvem i institusjonen som kan godkjenne besøk. En fast lokal "Besøkskomité" for den enkelte institusjonen, med lege og sykepleier, kan være støtte for ledelsen i denne situasjonen. Prinsipper som legges til grunn bør drøftes/kommuniseres til pasienter og pårørende.

Vurdering av risiko for smitte må gjøres utfra smittesituasjonen lokalt og hvilke tiltak institusjonen vil være i stand til å iverksette for å følge myndighetenes råd om smittevern.

Utover dette vil det være individuelle vurderinger som må legges til grunn for så langt det lar seg gjøre for å ivareta behovet for besøk når det anses nødvendig. Her vil pasientens tilstand vurderes sammen med pasient og pårørendes ønske om besøk. Gode vurderinger bør være i tråd med nasjonale anbefalinger og bygge på helsefaglig kompetanse, fagetikk og klokt skjønn. Sårbare pasienter skal ikke utsettes for unødig smitterisiko, men de samme pasientene bør heller ikke utsettes for inngripende tiltak som gjør symptomtrykket fra kronisk og alvorlig sykdom større enn det allerede er. Fravær av besøk kan medføre stor lidelse for pasienter og pårørende, og graden av dette må vektlegges i hvert enkelt tilfelle.

Sykdommens alvorlighetsgrad, forventet levetid, kognitive vansker, utrygghet, kjent sårbarhet for smitte, kommunikasjonsvansker mm er momenter som bør inngå i vurderingen av besøk. Lengden på oppholdet vil også være av betydning. Når det gjelder barn må særskilte vurderinger legges til grunn.

Det er viktig å presisere at tross gode smitteverntiltak, må det forutsettes at alle besøk vil kunne øke risikoen for smitte. Forhold som tilgang til smittevernustyr, personalressurser og beleggsprosent vil variere og endre seg i forskjellig tempo fra sted til sted. Det må derfor gjøres kontinuerlige vurderinger som innbefatter dette når en beslutning om besøk skal tas. Hensynet til pasient og pårørende må veies opp mot de potensielle belastningene dette kan påføre helsevesenet både umiddelbart og på et senere tidspunkt.

Følgende bør vurderes:

- Smittesituasjonen lokalt
- Risiko for smitte av den aktuelle pasienten og øvrige pasienter
- Risiko for smitte av helsepersonell og øvrig personale
- Risiko for smitte av den besøkende, med mulig påfølgende smittespredning i samfunnet
- Risiko for utvikling av alvorlig Covid-19 sykdom knyttet til alder og/eller grunnsykdommer hos pasienter og pårørende
- Ekstra forbruk av tilgjengelig smittevernustyr dersom det er behov for å benytte slikt utstyr
- Bruk av helsepersonellressurser som eventuelt kunne vært benyttet i høyere prioritert arbeid

Helsedirektoratet vurderer at det er behov for utarbeidelse av en veileder for besøkende i helse- og omsorgsinstitusjoner, som kan være en støtte for tjenestene i vurderingen av når det bør gjøres unntak fra besøksrestriksjonene. Veilederen vil bidra til å utjevne systematiske ulikheter i hvordan unntak fra besøkstans håndteres, slik at det oppleves forutsigbart for pasient og pårørende.

## 7 Hensyn knyttet til ulike pasient- og brukergrupper

### 7.1 Barn

Det må gjøres unntak fra besøksrestriksjoner slik at barns rett til familieliv etter EMK artikkel 8 blir mulig. Dette gjelder både når barnet er pasient/bruker og når barnet er pårørende.

Det må gjøres unntak fra besøksrestriksjoner slik at barn kan ledsages av pårørende under behandling i institusjon i spesialisthelsetjenesten.

Det bør gjøres unntak fra besøksrestriksjoner slik at barn får nødvendig oppfølging av f.eks. skole, helsestasjon, habilitering, PP-tjenesten mv.

For barn som bor i helse- og omsorgsinstitusjoner etter lov om kommunale helse- og omsorgstjenester (hovedsakelig barneboliger), bør det også vurderes unntak som gjør det mulig å ha kontakt med venner. Det må i slike tilfeller gjøres individuelle og lokale vurderinger av om kontakt med venner kan gjennomføres utenfor helseinstitusjonen, digitalt eller innendørs.

### 7.2 Pasienter i livets slutfase

For døende pasienter i helseinstitusjon må det, så langt det er mulig, gjøres unntak fra besøksrestriksjonene slik at nære pårørende får være tilstede i livets slutfase.

I tilfeller hvor det er behov for personell å være fast vakt hos døende pasient, vil pårørende etter ønske og ved ivaretagelse av smittevern kunne bidra sammen med helsepersonell.

### 7.3 Pasienter med langvarige institusjonsopphold

Flertallet av pasienter i sykehjem har demens eller annen kognitiv svikt. Det innebærer blant annet at pasienten kan være preget av motorisk uro, og kan ha problemer med å forstå og følge smittevernråd. Det kan derfor være aktuelt å vurdere i hvilken grad besøk av pårørende kan ha en vesentlig positiv påvirkning på prognosen (for eksempel ved delir), eller om pårørende i vesentlig grad kan bidra til at pasienten overholder nødvendige smittevernrutiner. Dette gjelder særlig pasienter med langvarig opphold, men vil også gjelde noen pasienter med opphold av kortere varighet.

Disse problemstillingene kan også være relevante i andre helse- og omsorgsinstitusjoner og overfor andre pasientgrupper, som personer med neurologisk sykdom, alvorlige psykiske lidelser med flere.

Dersom besøksrestriksjoner varer over lengre tid og det ikke foreligger noen særskilte forhold som tilsier besøk, bør det likevel vurderes hvor lenge det er forsvarlig for den enkelte å ikke få møte den/de nærmeste pårørende. Det kan eventuelt settes opp besøksintervaller.

Viktigheten av at samvær med pårørende skjer fysisk må vurderes opp mot alternative samværsmåter, som videosamtaler.

#### 7.4 Alvorlig syke pasienter

Ved alvorlig sykdom og uavklarte tilstander kan en samlet vurdering av pasientens og pårørendes behov lede til at det bør gjøres unntak fra besøksrestriksjoner.

#### 7.5 Pasienter som skal til behandling i spesialisthelsetjenesten

Personer med kognitiv svikt og andre som har vanskeligheter med å gjøre seg forstått eller å oppfatte informasjon, kan ha behov for bistand fra en pårørende eller annen følgeperson under en konsultasjon/behandling. Dersom følgepersonen ikke kan være tilstede bør det legges til rette for bistand via telefon, sosiale medier eller lignende.

## 8 Ivaretagelse av smittevern ved gjennomføring av besøk

Fysiske besøk må avklares med helse- eller omsorgsinstitusjonen i forkant. Det bør føres besøksprotokoll, slik at helse- og omsorgsinstitusjonen har oversikt over hvem som til enhver tid har vært på besøk. Dette er viktig informasjon i tilfelle behov for smitteoppsporing.

Institusjonen har ansvar for å organisere besøk. Hyppigheten av besøk og antall besøkende vil være avhengig av institusjonens fysiske utforming og kapasitet til å overholde smittevernrådene nedenfor. En plan for dette bør lages lokalt. Det bør være egne besøksrom.

Pårørende med luftveissymptomer eller bekreftet covid-19, samt de som er definert som nærkontakt eller i karantene etter utenlandsreise, skal som hovedregel ikke besøke helse- og omsorgsinstitusjoner.

FHI: [Definisjoner av tilfelle og nærkontakt](#)

### 8.1 Råd ved besøk hos pasienter/beboere uten covid-19

Besøk bør fortrinnsvis skje i et egnet besøksrom nær helse- eller omsorgsinstitusjonens inngang, eller utendørs. Hvis beboeren ikke er mobil eller det ønskes å legge til rette for at ektefeller bør få foreta hyppigere og lengre besøk, bør det vurderes om besøksverten (se nedenfor) kan legge til rette for besøk på beboerens rom.

Besøksrommet må tilrettelegges slik at det er mulig å holde minst 1 meters avstand mellom alle som er tilstede i rommet.

Det bør være en ansatt (besøksvert) tilgjengelig under hele besøket. Besøksverten bør ta imot de besøkende ved ankomst og påse at alle:

- utfører håndhygiene når de går inn i helse- eller omsorgsinstitusjonen
- holder minst 1 meters avstand til pasienter og ansatte i institusjonen
- går direkte til og fra besøksrommet og ikke oppholder seg i fellesarealer

- Når pasient/beboer har behov for rullestol, bør besøksverten trille denne
- Ved besøk utendørs må alle utføre håndhygiene ved ankomst og holde minst 1 meters avstand til pasienter og ansatte

Antall besøkende som oppholder seg i besøksrommet samtidig begrenses, slik at nødvendig avstand til andre kan opprettholdes.

Etter hvert besøk rengjøres overflater og kontaktpunkter som dørhåndtak o.l. med vanlige rengjøringsmidler, eller desinfiseres med alkoholbasert desinfeksjonsmiddel.

Hvis en pasient eller bruker ligger for døden og er på enerom, kan det gjøres unntak fra hovedregelen om at pårørende med luftveissymptomer eller bekreftet covid-19 eller som er definert som nærkontakt, ikke skal komme på besøk. Pårørende må da benytte munnbind.

Ansatte som oppholder seg i rommet med besøkende med covid-19, skal benytte følgende beskyttelsesutstyr:

- Kirurgisk munnbind (klasse II eller IIR),
- Frakk med lange ermer
- Hansker
- Øyebeskyttelse (beskyttelsesbriller eller visir)

## 8.2 Råd ved besøk hos pasient/bruker med mistenkt, sannsynlig/bekreftet covid-19

Besøk må skje i isolat/enerom hvor pasienten/brukeren med covid-19 oppholder seg.

Det bør være en ansatt (besøksvert) tilgjengelig under hele besøket. Besøksverten bør ta imot de besøkende ved ankomst og sikre at alle:

- utfører håndhygiene når de går inn i helse- eller omsorgsinstitusjonen
- holder minst 1 meters avstand til beboere/pasienter og ansatte i institusjonen
- går direkte til og fra isolatet og ikke oppholder seg i fellesarealer
- utfører håndhygiene når de forlater isolatet

Ved besøk hos pasient/bruker med covid-19, bør den besøkende under veiledning av den ansatte, ta på seg følgende beskyttelsesutstyr før de går inn i isolatet:

- Kirurgisk munnbind (klasse II eller IIR),
- Frakk med lange ermer
- Hansker
- Øyebeskyttelse (beskyttelsesbriller eller visir)

# 9 Organisering og tilrettelegging i helseinstitusjonen

## 9.1 Organisering

Gjennomføring av samvær krever planlegging og tilrettelegging på en mer systematisk måte enn tidligere. Det betyr at det kreves kompetanse hos de som jobber i helse- og omsorgsinstitusjoner om

hvordan smittevernhensyn ivaretas. Det vil kreve mer tid for personale til å planlegge og systematisere hvem som kan komme på besøk og når de kan komme. De må tilrettelegge hvordan samvær gjennomføres, og være tilstede under samværet for å sørge for at smitteverntiltakene overholdes.

Det krever mer ressurser, nytenking og kreativitet for å se etter nye muligheter for hvordan samvær kan gjennomføres. Det er avgjørende at helsepersonell får en grunnleggende opplæring og instruksjon om tiltak for å hindre smitte i forbindelse med besøk. Tilstrekkelig kompetanse på smittevern i hele personalgruppen gir trygghet i arbeidet og kan bidra til kreative løsninger samtidig som besøket gjennomføres forsvarlig.

Dersom helsepersonell har tilstrekkelig kompetanse på smittevern til å føle seg trygge opplever en større trygghet, kan det bidra til at de er mer åpne for å tenke kreative løsninger for at man skal kunne ivareta pasienters behov for besøk.

Hvordan institusjonene er organisert, er også viktig. Små enheter med en liten gruppe fast personell vil være mer solide dersom smitte skulle bringes inn med ansatte eller besøkende. Det er også avgjørende å legge til rette for at det i størst mulig grad blir en fast gruppe ansatte som jobber i team rundt den enkelte.

## 9.2 Informasjon

Informasjon og god dialog med pårørende og pasienter bidrar til økt felles forståelse av situasjonen og nødvendigheten av smitteverntiltak, og har en preventiv og betryggende effekt. Dialogen bør inkludere hvordan man har tenkt å ivareta den enkelte pasients verdighet og livskvalitet. Det bør gis grundig informasjon til pårørende om hvordan smitteverntiltak gjennomføres, og at besøk skal godkjennes på forhånd med spørsmål om mulig smitteeksponering og symptomer. Besøkstimeplaner kan anbefales, med avtalte tidspunkt og informasjon om hvem som skal være med. Pårørendeutvalg kan bidra til styrket samarbeid og felles mottak av informasjon.

Det er viktig å sørge for å ha besøksvert som går gjennom det praktiske med pårørende før besøket starter, og at det gjøres en smittevernfaglig vurdering av hvorvidt besøket lar seg gjennomføre. Det bør etableres rutine for å få tilbakemelding raskt, hvis de som har vært på besøk blir syke, slik at mulig smitte fanges opp tidlig.

## 9.3 Lokaler

Benytte besøkslokaler, atskilt fra fellesarealer, som er store nok til at man kan overholde avstandsregler. Etablere et rom eller areal med transparent barriere («vindu») mellom beboer og pårørende, gjerne i tilknytning til inngang/utgang for å unngå at besøkende går inn i fellesarealene. Sørge for nødvendig hånddesinfeksjon ved inngang til og utgang fra møtested.

## 9.4 Besøk ute

Utemøter for eksempel på en terrasse, i en hage eller ved en tur i nærområdet, er en fin måte å være sammen på med mulighet til å holde avstand til hverandre. Ved besøk ute vil likevel generelle smittevernråd legges til grunn på samme måte som inne, både når det gjelder avstand og håndhygiene. Utemøter vil ikke lempe på hovedregelen om at pårørende med luftveissymptomer eller bekreftet covid-19 eller er definert som nærkontakt ikke skal komme på besøk.

## 10 Tiltak som kan bidra til økt aktivisering og avlastning

### 10.1 Bruk av videokommunikasjon

Når det av smittevernhensyn legges begrensninger på kontakt mellom pasient/bruker og pårørende, bør virksomheten aktivt legge til rette for at pårørende får kontakt med sine nære, for eksempel gjennom sosiale medier eller video. Det er viktig at virksomheten sikrer nødvendig medvirkning i valg av slike løsninger.

Videokommunikasjon kan bidra til en enklere hverdag for både innbyggere og helsepersonell.

Nasjonalt velferdsteknologiprogram har utarbeidet en kvikk-guide for å ta i bruk videokommunikasjon i helse- og omsorgstjenesten. Guiden beskriver flere bruksområder for videokommunikasjon i den kommunale helse- og omsorgstjenesten:

- Hjemmeboende tjenestemottakere og tjenesten
- Beboere på institusjon og tjenesten
- Beboere på institusjon og pårørende
- Helsepersonell i tjenesten.

Hjemmeboende eller beboere på helse- og omsorgsinstitusjon som er utsatt for sosial isolasjon, kan ha stor nytte av videokommunikasjon for å opprettholde sosial kontakt og rutiner, og på den måten forebygge ensomhet og psykiske plager.

Guiden er et produkt av erfaringer fra kommuner i Nasjonalt velferdsteknologiprogram som har tatt i bruk videokommunikasjon. Noen kommuner har benyttet videokommunikasjon i tjenestene i lang tid, mens andre tok i bruk video under covid-19-pandemien.

Før kommunen innfører videoløsninger, er det en del sentrale behov som må avdekkes og veivalg som må tas. Det er derfor viktig at ledelsen og ansatte er involvert fra start og at det er satt av nok ressurser med riktig kompetanse.

Når kommunen stiller nettbrett eller andre løsninger til disposisjon, er det viktig med godt renhold når utstyret skifter hender, slik at disse ikke blir smittekilder. Dersom regulært nettbrett ikke kan benyttes, har noen kommuner gått til anskaffelse av [KOMP](#) eller annet spesialtilpasset utstyr. For kommunene vil i disse løsningene medføre utgifter i form av kostnader knyttet til innkjøp av nettbrett og abonnementer på løsningene. Det vil komme ordninger slik at kommuner kan få dekket noen av disse utgiftene etter bestemte kriterier.

Kvikk-guiden hjelper med å strukturere arbeidet og gir steg for steg veiledning fra behovsfasen til videokommunikasjon er satt i drift som en naturlig del av tjenesten.

Lenke til guiden og erfaringer fra norske kommuner finnes her:

<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/velferdsteknologi3/kvikk-guide-for-videokommunikasjon/>

Det er i denne situasjonen viktig at pasientene enten ved egen hjelp eller med bistand av personalet, kan benytte private telefoner, nettbrett o.a. i kommunikasjon med pårørende og venner.

## 10.2 Andre tiltak for aktivisering og sosialisering

### 10.2.1 Pasienter i helse- og omsorgsinstitusjoner

Det er viktig med tiltak som kan bidra til økt aktivisering og sosialisering for brukere som er særlig påvirket av anbefalingen om sosial isolering. De ulike tiltakene vil måtte tilpasses slik at de kan gjennomføres i tråd med råd om smittevern.

Mange helse- og omsorgsinstitusjoner har gode erfaringer med å tilrettelegge for individuelle aktiviteter for den enkelte pasient, som en ordinær del av dagsprogrammet. For helse- og omsorgsinstitusjoner som ikke har etablert gode rutiner på dette, må ledere og ansatte ta ansvar og lage gode planer for å få til aktiviteter. Frivillige organisasjoner kan også være en ressurs i dette, og det finnes flere løsninger som kobler frivillige og behov (Vilmer, Nyby m.fl.).

Eksempler på tiltak:

- Sykle/gå turer i nærområdet (individuellt eller i smågrupper med 2 og 2 pasienter).
- Gå ut i sansehage.
- Ha aktiviteter på hver enkelt avdeling, f.eks. bowling, bingo, quiz, sang, lesing etc., både individuelt og i smågrupper.
- Noen ansatte har med hund på jobb, slik at de som ønsker det kan få hilse på.
- Man kan invitere inn andre til å synge utendørs (her er det flere som frivillig ønsker å bidra).
- "Måltidets gleder" i regi av Nasjonalforeningen er et matprosjektet på sykehjem som har vært vellykket og satt fokus på bedre mat på institusjoner. Gode matopplevelser og god tilrettelegging rundt måltid på den enkelte avdeling kan gi positive opplevelser i en smittevernsituasjon, f.eks. grilling, vaffelsteking, baking.
- Kjøretur med bil der hvor det er mulig.
- For beboere i omsorgsboliger kan en i samråd med pårørende finne et egnet besøkspunkt utendørs, hvor beboer og pårørende kan møtes til faste tider. På den måten slipper de å måtte gå inn i bolig. Kan også være et lokale i nærheten som kan egne seg til dette, for eksempel en dagligstue som nå er stengt.
- Bruk av VR-briller, som kan gi brukere en virtuell opplevelse av et annet sted.

### 10.2.2 Hjemmeboende og dagtilbud

Dagtilbudene er en god arena for sosial kontakt og aktivitet, og er viktig for å opprettholde god ernæring. Det er også en arena for kvalifisert observasjon av helsetilstanden til den enkelte. For mange pårørende er et dagaktivitetstilbud nødvendig avlastning som gjør at de mestrer hverdagen som nær pårørende til en person med demens eller annen sykdom.

I situasjoner hvor dag- og aktivitetssenter holdes stengt, bør personalet følge opp de mest sårbare brukerne individuelt. Dette må skje i samarbeid med den enkelte bruker og i tråd med de gjeldende smitteverntiltak. Når hverdagen mister sine rutiner påvirker det den enkeltes gjenværende ressurser. Hos personer med demens eller andre sykdommer, kan tilstanden progrediere raskere og

funksjonsevnen forverres ytterligere. Personer med demens, andre nevrologiske sykdommer, rus- eller psykisk lidelse oppsøker ofte ikke selv tilbud, men vil kunne ha et stort behov for tjenester. De må oppsøkes og inviteres med på aktiviteter som er tilpasset den enkelte. Det er bekymringsfullt at mange mister sitt tilbud uten at det erstattes med alternativer. Det er også bekymringsfullt om pårørende ikke søker om hjelp på grunn av Covid-19, som på sikt vil kunne føre til økte helseplager både for den syke og deres pårørende. Kommunene må aktivt følge opp og trygge de som er redd for å søke hjelp. Her er noen eksempler på tiltak:

- Ansatt ved dag-/aktivitetssenter kan ringe brukeren eller besøke brukeren hjemme.
- Organisere kaffekos i hagen utenfor dag-/aktivitetssenteret, 2 og 2 sammen, slik at man kan holde nødvendig avstand.
- Prosjektet «Skravlekopp» er et tiltak for å motvirke ensomhet, som støttes av Rådet for psykisk helse. Har tilpasset seg koronasituasjonen og gir digitale «skravletilbud».

Det vil bli innført ordninger hvor kommuner blir stimulert til å innføre gode tiltak for at de eldre får ivaretatt sine behov for aktive og meningsfulle dager.

#### 10.2.2.1 Gradvis åpning av dagsenter

Ut fra den aktuelle smittesituasjonen kan det etterhvert bli mulig med en gradvis åpning av dagsenter. I planleggingen og gjennomføringen av dette, er det viktig å ta hensyn til at de fleste brukerne faller inn under risikogruppene. Det er derfor svært viktig å organisere tilbudet, både mht. transport og oppholdet i senteret, slik at en ivaretar målet om å begrense og forsinke utbrudd av covid-19 og etterlever de tre grunnpilarene for å bremse smittespredning:

1. Syke personer skal ikke være i dagsenteret
2. God hygiene
3. Redusert kontakthypighet mellom personer.

Organisering av aktiviteter f.eks. ved kontakt 1:1 eller ved smågrupper (2-3) av brukere med en fast ansatt kan være hensiktsmessig.

Ved åpning av dagsenter er det naturlig å skille mellom dagsenter i eller utenfor helse- og omsorgsinstitusjon.

Helsedirektoratet mener at det er behov for å utarbeide en egen smittevernveileder for dagsenter med personer i risikogruppene tilsvarende det som er gjort for skoler og barnehager.