

Justis og politidepartementet
Pb 8005 Dep
0030 OSLO

Vår ref.
25/916 - 2

Deres ref

Dato
11.08.2025

Høring av NOU 2025: 2 Samfunnsvern og omsorg

1. Innledning: LDOs mandat og oppsummering av ombudets innspill til utredningen

Likestillings- og diskrimineringsombudets (LDOs) høringssvar tar utgangspunkt i vårt mandat om å fremme likestilling og hindre diskriminering på grunnlag av blant annet funksjonsnedsettelse og kjønn, og å føre tilsyn med FNs konvensjon om rettighetene til personer med funksjonsnedsettelse (CRPD) og FNs kvinnekonvensjon (CEDAW).

Straffereaksjonsutvalgets omfattende mandat reiser komplekse spørsmål, herunder om hvordan samfunnsvernet kan styrkes uten at utsatte grupper diskrimineres. Utvalget fremmer anbefalinger med potensielt omfattende konsekvenser for utsatte grupper som har særskilt menneskerettsvern. Selv om utredningens kapittel 5 om menneskerettslige forpliktelser gir sentral bakgrunnsinformasjon om menneskerettighetene, kan vi ikke se at utvalget drøfter hvilke *konsekvenser* menneskerettslige krav har fått for de anbefalingene som de fremmer. Når utredninger av menneskerettsforpliktelser ikke koples til de forslagene utvalget anbefaler, blir det uklart om forslagene i praksis vil styrke beskyttelsen av menneskerettighetene til de utsatt gruppene forslagene gjelder.

I tillegg til denne overordnede innvendingen til utredningen vil LDO trekke fram følgende hovedpunkter i vårt høringssvar:

- Utvalget har i liten grad drøftet særskilte utfordringer for kvinner som frihetsberøves
- Utvalgets forslag fordrer kraftig opptrapping av kapasitet og finansiering av psykiske helsetjenester tjenester i lang tid fremover for at anbefalingene ikke skal gå på bekostning av andre behov i psykisk helsevern og tilbud som mer rendyrket er knyttet til behandling av helse
- Når det gjelder forslaget om nye institusjoner i form av sikkerhetsboliger, er det uklart hvilke grupper funksjonshemmede som er ment å bli omfattet av forslaget, og hvilke ulike rettsgrunnlag som er ment å danne grunnlag for plassering i slike institusjoner/boliger
- Det er også uklart hva som skal være innhold i behandlingen i sikkerhetsboliger og hvordan rettssikkerheten skal sikres i slike boliger
- Forslagene om styrkede helsetjenester for innsatte i fengsel er for vagt formulert og bør tydeliggjøres og forsterkes

Nedenfor utdyper vi våre synspunkter. Innspillene er ikke ment uttømmende:

1.1 Uklart hvordan utvalget vurderer CRPD

Særreaksjonene dom til tvungent psykisk helsevern eller dom til tvungen omsorg kan anvendes overfor personer som på grunn av bestemte former for funksjonsnedsettelse¹ ikke anses å ha skyldene. Funksjonsnedsettelse er et vidt begrep og omfatter blant annet kognitive, og psykososiale funksjonsnedsettelser. Personer med funksjonsnedsettelse har et særskilt menneskerettslig vern etter CRPD, som skal sikre mot diskriminering slik at disse gruppene i nasjonal lov og praksis oppnår samme rettighetsvern som andre.

CRPD inneholder forpliktelser som på noen områder styrker funksjonshemmedes rettigheter utover det som gjelder i tidligere menneskerettskonvensjoner, slik som Den europeiske menneskerettskonvensjon (EMK). Utvalget nevner under oversikten i kapittel 5.4 av grunnleggende rettigheter ved gjennomføring av varetekt og strafferettslige reaksjoner på side 52 helt kort at CRPD artikkel 14 utfordrer adgang til frihetsberøvelse i EMK artikkel 5 bokstav e, og at diskrimineringsforbudet i CRPD utfordrer adgang til frihetsberøvelse i EMK artikkel 5 a.

Slik ombudet forstår utvalget anerkjennes her at CRPD artikkel 14 utfordrer frihetsberøvelse basert på medisinsk tilstand, og at diskrimineringsforbudet i CRPD

¹ a. sterkt avvikende sinnstilstand
 b. sterk bevissthetsforstyrrelse eller
 c. høygradig psykisk utviklingshemming.

utfordrer frihetsberøvelse i form av særreaksjon, særlig når behandlingsbehov eller behandlingsmulighet ikke er nødvendig vilkår for å kunne videreføre frihetsberøvelsen.

Utvalget følger imidlertid ikke opp med analyser eller drøftelser av om og hvordan de aktuelle forpliktelsene som følger av CRPD er vurdert, og det blir uklart om utvalget mener CRPD utfordrer norsk rett og praksis og om CRPD er vektlagt i utvalgets vurderinger og forslag.

Når det nå skal foretas avveininger mellom samfunnsvern og selvbestemmelse er det viktig at dette så vidt mulig skjer på en måte som i størst mulig grad sikrer grupper av funksjonshemmede mot uforholdsmessige, og dermed oss også diskriminerende inngrep. CRPD inneholder forpliktelser som er særlig aktuelle når det forslås regler og praksiser som tillater inngrep i frihet og personlig sikkerhet som helt eller delvis er basert på en persons funksjonsnedsettelse. CRPD artikkel 14 nr. 1 b) jf. CRPD artikkel 5 utfordrer adgangen til å frihetsberøve personer med psykiske lidelser og utviklingshemming på vilkår som helt eller delvis knytter seg til funksjonsnedsettelsen, og som ikke gjelder tilsvarende for andre borgere uten slik funksjonsnedsettelse.

En sentral utfordring er at både adgangen til tvungent psykisk helsevern på farevilkåret jf psykisk helsevernloven § 3-3 nr.3 b og adgangen til den strafferettslige særreaksjonen «dom til tvungent psykisk helsevern» bygger på antakelse om klar sammenheng mellom risiko for fremtidig vold og at en person har det som anses å være «alvorlig sinnslidelse».

Vi merker oss at utvalget legger til grunn at «Det er grunnlag for å si at psykisk lidelse på gruppenivå er en risikofaktor for vold, men sammenhengen mellom psykiske lidelser og vold er komplekse. De aller fleste personer med alvorlig psykisk lidelse begår ikke vold og representerer ikke en fare for andre, og de aller fleste som begår alvorlige straffbare handlinger har ikke noen alvorlig psykisk lidelse. Mange studier har vist at *rus* er fremtredende risikofaktor.»² (vår utheving).

² Kapittel 5. 8.3 på side 61 med henvising til rapport

Når det gjelder diagnosen utviklingshemming eller lignende tilstander er ombudet usikre på om utvalget legger til grunn tilsvarende sammenheng mellom diagnose og risiko for fremtidig vold.

I kapittel 10.3 om voldsrisikovurderinger anerkjenner utvalget at «selv om det kontinuerlig arbeides for å forbedre risikovurderingsinstrumentene vil det stadig være uklarheter og dilemmaer knyttet til bruken av dem, ikke minst opp mot samfunnets forventninger om å unngå vold». Slik vi forstår dette anerkjenner utvalget at risikovurderinger er usikre, med risiko for både «falsk positiv og falsk negativ» når det gjelder vurderinger av fremtidig fare. At rus kan synes å være en fremtredende risikofaktor for fremtidig vold blir det uklart hvordan utvalget vurderer og vektlegger.

Selv om det er en usikkerhet knyttet til den rettslige rekkevidden av artikkel 14 nr. 1 b) er det ingen tvil om at CRPD artikkel 14 nr.1b) er relevant for flere av de spørsmålene utvalget tar opp og de forslagene det fremmer. For en nærmere gjennomgang av hvordan LDO vurderer betydningen av artikkel 14 viser vi til vår rapport Inkorporering av CRPD- anbefalinger om norsk rett og praksis LDO 2023.³

I tillegg er CRPD særlig relevant fordi den pålegger staten å sikre at personer med funksjonsnedsettelse som lovlig frihetsberøves, for eksempel i forbindelse med straffegjennomføring, sikres rimelig tilrettelegging, både under straffeprosessen og under selve frihetsberøvelsen, se CRPD artikkel 14.2 og artikkel 5 nr.3. Også andre rettigheter i CRPD er sentrale for de tema som utredningen gjelder, slik som artikkel 25 om plikt til å sørge for at personer med funksjonsnedsettelse får de helsetjenester de trenger på grunn av sin funksjonsnedsettelse og like god behandling som andre, som utgangspunkt basert på fritt og informert samtykke. CRPD artikkel 12 om rett til rettslig handleevne på lik linje med andre på alle livets

³ I vår rapport «Inkorporering av CRPD- anbefalinger om norsk rett og praksis LDO 2023, drøfter LDO det rettslige innholdet i CRPD artikkel 14 om at retten til frihet og sikkerhet skal sikres mennesker med nedsatt funksjonsevne «på lik linje med andre» og at nedsatt funksjonsevne ikke «i noe tilfelle skal rettferdiggjøre frihetsberøvelse», og diskrimineringsforbudet i CRPD artikkel 5. I denne rapporten drøfter vi hvordan CRPD utfordrer de særhjemlene som finnes i norsk rett bla psykisk helsevern, og som hjemler inngrep særlige inngrep dersom en person er å anses å ha «alvorlig sinnslidelse» slik som frihetsberøvelse, tvangsmedisinering og bruk av tvangsmidler (belter ol). Vi drøfter også hjemlene for særlige begrensninger i friheten basert på diagnosen utviklingshemming opp mot CRPD.)

områder er også aktuell, selv om artikkel 12 muligens kan tolkes slik at rettslig handlene kun tolkes slik at den på strafferettens område omfatter straffeprosessuell handleevne, men ikke skylddevne/strafferettslig ansvar. ⁴

LDOs inntrykk av for svak utredning av menneskerettslige konsekvenser, underbygges av at det fremgår bla på side 15 og 248 at «et flertall på 10 av utvalgets medlemmer uttrykker at vurderingene og forslagene som presenteres i utredningens del 5 til dels er mangelfullt utredet og diskutert (...) Utvalgsmedlemmene har også i slutfasen fått tilstrekkelig tid til grundig å diskutere og formulere utvalgets anbefalinger og konsekvensene av disse. Grunnleggende dilemmaer har ikke fått tilstrekkelig oppmerksomhet, og sentrale sider ved mandatet har ikke blitt tilstrekkelig behandlet. *«Det gjelder særlig avveiningen mellom den enkeltes frihet og statens plikt til å beskytte innbyggerne. Spørsmålet om sivilrettslige alternativer til de foreliggende strafferettslige særreaksjonene har heller ikke blitt grundig utredet.* (vår utheving). (I tillegg er utredningen og evalueringen av forvaring er mangelfull.») Dette bidrar til at det er vanskelig å vurdere om utvalgets anbefalinger bygger på rimelig balanse mellom respekt for frihet og personlig sikkerhet og vern mot diskriminering av utsatte grupper av funksjonshemmede og statens aktsomhetsplikt for å sikre samfunnsvernet.

1.2 Uklart hvordan utvalget vurderer særskilte utfordringer for kvinner som frihetsberøves:

I senere tid har det særlig vært avdekket mangel på forsvarlig helsehjelp og tilrettelegging for kvinner med omfattende psykiske lidelser som soner i norske høysikkerhetsfengsel. At situasjonen er svært alvorlig for denne gruppen innsatte er godt dokumentert. Dette fremgår også av utvalgets utredning se pkt. 14.8 om tidligere studier og utredninger om innsattes helsesituasjon. I tillegg nevner vi rapporten bestilt av LDO fra 2021 Lengst inne i fengselet - kvinnelig innsatte med behov for helsehjelp. ⁵LDO kan ikke se at utvalget i tilstrekkelig grad har drøftet de særskilte menneskerettsutfordringene til kvinnelig frihetsberøvede med alvorlige psykiske lidelser. Kvinner som er berøvet friheten har samme menneskerettslig vern som menn. Kvinner er imidlertid i en markant minoritetsposisjon i norske fengsler. Vi antar at kvinner også er i minoritet blant de som er ilagt særreaksjoner, eller

⁴ For drøftelse av dette viser vi til CRPD Inkorporering i menneskerettsloven del II pkt 12.8.3 side125, Ekspertutvalgets utredning 15 01 2024

⁵ [Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp - Kudos](#)

underlagt tvang på grunn av fare for andre etter phvl. § 3-3 eller hol. § 9-5. Kvinners rett til ikke å bli diskriminert kan tilsi behovs for særskilte tiltak og tilrettelegging fra statens side når det gjelder kvinner som er frihetsberøvet. Dette er ikke minst aktuelt for kvinner som soner på høy sikkerhet. Det er blant annet godt dokumentert at kvinner på høysikkerhet har høyt omfang av psykiske helseutfordringer, men samtidig ikke har samme tilgang på forsterkede enheter, slik som NFFA, som mannlig innsatte med sammenlignbare utfordringer. Ombudet savner utredning og anbefalinger for å sikre at behovet til kvinner med psykososiale funksjonsnedsettelse (alvorlig psykisk lidelse) eller kognitiv funksjonsnedsettelse som frihetsberøves av hensyn til samfunnsvernet, får helse- rehabiliteringstjenester og aktivitetstilbud som er likestilt med menns tilbud i tilsvarende situasjon.

1.3 Særlig om økt press på psykiske helsevern

LDO er bekymret for at en videreføring av dagens modell hvor psykisk helsevern fortsatt får en helt sentral rolle i å ivareta samfunnsvernet, indirekte går på bekostning av det store flertallet av pasienter som har behov for og mottar tjenester fra psykisk helsevern ut fra behandlingsbehov- og som ikke utgjør noen fare for samfunnet.

LDO viser til at personer *dømt* til tvungent psykisk helsevern i økende grad opptar døgnplasser i det psykiske helsevernet. På grunn av knapphet på døgnplasser er en mulig konsekvens av dette at personer som er innlagt etter strafferettslig hjemmel i praksis kan fortrenge personer med psykisk lidelse som har større behov for behandling.⁶

Utvalget anbefaler at psykisk helsevern også skal forebygge voldshandlinger hos personer med alvorlig psykisk lidelse som ikke gjennomfører særreaksjon, og at psykisk helsevern skal kunne ivareta personer med alvorlig psykisk lidelse som er innsatt, både varetektsinnsatte og domfelte. I tillegg til særreaksjonen tvungen omsorg, foreslår dessuten utvalget at personer med kognitive utfordringer skal få styrket sine tjenester via spesialisthelsetjenestens habiliteringstjeneste.

LDO fremhever at dersom utvalgets anbefalinger følges opp, og en modell hvor helsevesenet tar et stort ansvar for samfunnsvern både videreføres og bygges ut forutsetter dette kraftig satsing på psykiske helsetjenester/psykisk helsevern i lang tid fremover, se nedenfor enkelte merknader om finansieringsmodeller.

⁶ Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri pkt 3.1.7 side 18

1.4 Noen merknader til finansieringsmodeller

LDO har ikke kapasitet eller kompetanse til å gå inn på ulike modeller for finansiering, men har noen få merknader:

Ombudet er enig i at det for å unngå *uønsket vridning fra* dom til tvungent psykisk helsevern som i dag har rammefinansiering, til dom til tvungen omsorg (som i dag har statlig refusjonsordning) bør forskjellen i finansiering mellom disse bli mindre enn i dag. Vi er også enige i at fremtidig modell for finansiering av alle forløpene må gi sterke insentiver på *samhandling* mellom spesialisthelsetjenestene og kommunene.

Ombudet stiller seg imidlertid spørrende til at utvalget legger opp til at etablering av sikkerhets boliger og overgangsboliger i spesialisthelsetjenesten skal finansieres innenfor helseforetakenes rammer gjennom øremerking av midler som er satt av allerede i opptrappingsplan for psykisk helsevern (2023-2033). Grunnen til at vi som utgangspunkt er kritiske til dette, er at helseforetakene allerede har problemer med å gi personer med alvorlig psykisk lidelser et forsvarlig helsetilbud.

LDO er bekymret for at øremerking av midlene i Opptrappingsplan for psykisk helse til sikkerhetsboliger, vil kunne gå på bekostning av utvikling og styrking av psykiske helsetjenester som mer rendyrket er knyttet til behandling av helse. Vi viser i den forbindelse særlig til CRPD artikkel 25 b) om at personer med funksjonsnedsettelse har rett til den behandling det har behov for på grunn av sin funksjonsnedsettelse, og 25 d) om at utgangspunktet skal være at behandlingen gis basert på fritt og informert samtykke. Behandlingsbehov og rettigheter etter CRPD artikkel 25 b) og d) taler for kraftig opptrapping av andre behandlingsmetoder enn tvangsbehandling med nevroleptika som hjemles i phvl § 4-4,

2. Særlig om utvalgets forslag i kapittel 29: Forslag om nye overgangsboliger og sikkerhetsboliger

2.1 Uklarheter i hvilke grupper av funksjonshemmede og hvilke ulike rettsgrunnlag forslaget gjelder

Utvalgets beskrivelse av hvilke grupper av funksjonshemmede som vil bli omfattet av forslaget om nye institusjoner (overgangsbolig og sikkerhetsbolig) og de ulike rettsgrunnlagene plassering kan bygge på er uoversiktlig og noe uklar.

Det fremgår videre av Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri at flere pasienter er i det sikkerhetspsykiatriske tjenestetilbudet i mange år, og noen har vært innlagt i over 20 år. Også utvalget skriver at det må påregnes at opphold på sikkerhetsboliger vil kunne være langvarige.⁷

I lys av hvor stor betydning oppbygging av institusjoner i form av sikkerhetsboliger og overgangsboliger vil kunne få for ulike grupper av funksjonshemmede, savner ombudet en klargjøring av de ulike grupper som utvalget anser aktuelle for denne type institusjoner/boliger, de ulike rettsgrunnlagene og en drøfting av hvordan forslagene vil stå seg vurdert opp mot CRPD.

Uten å være sikker forstår LDO det utvalget skriver i kapittel 29.1 slik at nye institusjoner i regi av psykisk helsevern kan gjelde:

- personer som er *domfelt* og som anses å ha alvorlig *psykisk lidelse*, som ikke trenger å være på sykehus, men som kommunen i dag ikke kan ivareta på en måte som sikrer samfunnsvernet.
- Andre personer/pasienter i psykisk helsevern som *ikke er domfelt* og som anses å ha alvorlig *psykisk lidelse* og som er under tvungent psykisk helsevern, som ikke trenger å være i sykehus, men som kommunen ikke kan ivareta på en måte som anses å sikre samfunnsvernet. I henhold til psykisk helsevernloven vil dette være personer som anses å ha «alvorlig sinnslidelse». Dette kan omfatte både ulike former for alvorlig psykisk lidelse, eller ulike tilstander slik som ulike kombinasjoner av alvorlig psykisk lidelse og utviklingshemning eller kombinasjon av psykisk lidelse og andre funksjonsnedsettelse slik som autisme. Det er noe uklart for oss hvilke grupper personer utvalget mener kan plasseres i sikkerhetsboliger på sivilrettslig grunnlag. Er forslaget ment å omfatte personer som tidligere har vært dømt til tvungent psykiske helsevern, men hvor særreaksjon er opphevet? Er forslaget ment å omfatte personer underlagt tvungent psykisk helsevern på sivilrettslig grunnlag etter farevilkåret (phvl § 3-3), men som *ikke* tidligere har vært dømt, det vil si underlagt særreaksjon el. annen dom?
- Det fremgår at pasienter på *frivillig psykisk helsevern* også skal kunne *samtykke* til opphold i en overgangsbolig, gjelder dette også sikkerhetsboliger?

⁷ Se *eks side pkt 32.2.3* på side 311

Når det gjelder anbefaling om nye spesialisttjenester i habilitering gir utvalget ingen oversikt over hvilke grupper dette er ment å omfatte, men ut ifra det som skrives under pkt 29.3.2 forstår vi detslik at utvalget anbefaler overgangsboliger for:

- personer med utviklingshemming eller en lignende tilstand med psykisk funksjonsnedsettelse som har en særlig voldsproblematikk og som er *domfelt* til særreaksjon (tvungen omsorg). De som er dømt til tvungen omsorg kan starte i overgangsboliger.
- personer med utviklingshemming eller en lignende tilstand med psykisk funksjonsnedsettelse som har en særlig voldsproblematikk, *uten å være dømt* til særreaksjon. LDO forstår derfor utvalget slik at dette kan være personer som hverken er frihetsberøvet etter ordinær dom eller særreaksjon, men som kan ha vedtak om tvang etter hol § 9-5, men som da ikke er frihetsberøvet utover dette.

Det er mer uklart om forslaget også er ment å omfatte personer med utviklingshemming «eller lignende tilstand» som hverken er under tvang under psykisk helsevern eller etter helse og omsorgstjenesteloven kapittel 9, og som i dag har frihet i behold, men hvor det anses å være voldsproblematikk. Ombudet viser til utredningen kapittel 29 side 288 hvor utvalget skriver: «Denne gruppen er mer sammensatt. Noen gjennomfører dom som medfører frihetsberøvelse, mens andre har friheten i behold. Rettslig sett danner dette helt forskjellige utgangspunkter for spørsmål om plassering i en institusjon eller en bolig av hensyn til samfunnsvernet».

Ulike rettslige utgangspunkter må anerkjennes og tas hensyn til i videre utredning. Dette gjelder også personer som er under psykisk helsevern på *sivilrettslige grunnlag*. Et sivilt rettslig utgangspunkt for psykisk helsevern, må holdes adskilt fra personer som er *dømt* til tvungent psykisk helsevern. Samlet sett savner LDO klarhet og oversikt over de ulike rettslige grunnlagene som er ment å danne utgangspunkt for plassering av ulike grupper av personer med psykososiale og kognitive funksjonsnedsettelser i sikkerhetsboliger og overgangsboliger, samt hvilke former for tvang som kan være aktuelt å benytte overfor beboerne. Når utvalget henviser til at det kan være aktuelt å anvende psykisk helsevernloven kapittel 4 i slike boliger, omfatter dette hjemler for tvangsmidler som beltelegging, isolasjon og korttidvirkende legemiddel (phvl § 4-8).

Videre er innholdet i behandling i eventuelle sikkerhetsboliger vesentlig, uten at vi kan se at dette er utredet av utvalget. Henvising til psykisk helsevernloven kapittel 4 kan forstås slik at det viser også til hjemmel for tvangsmedisinering (phvl § 4-4).

Dette er ikke avklart av utvalget, og utover henvisning til phvl kap 4 om tvangsmidler og tvangsmedisinering omtales ikke aktuell behandling nærmere. I Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri pkt 3.3 står det noe om innhold i behandling som er sentral i sikkerhetspsykiatri, herunder at en viktig forutsetning for reduksjon av vold er å øke kvaliteten på de daglige samspillene mellom pasienter og personal, og å legge til rette for at tjenestetilbudet skaper minst mulig grad av krenkelse og avmakt for dem som mottar hjelpen, samt at arbeid med voldsatferd forutsetter tilstrekkelig og kompetent behandling.⁸ Slik LDO forstår høringsbrevet er ikke Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri på høring, og LDO kjenner ikke til om og hvordan det som står i denne planen skal følges opp. LDO har uansett ikke kapasitet til å gå inn det som fremgår av denne planen siden den heller ikke er på høring.

Vi kan heller ikke se at utvalget har noe kjønnsperspektiv i sin utredning og anbefaling om overgangsboliger og sikkerhets boliger. Det er imidlertid grunn til å anta at kvinner vil være i et markant mindretall i eventuelle sikkerhetsboliger (kvinner utgjorde 13. 4 % av populasjon av sikkerhetspsykiatrien i 2019. Det er grunn til å anta at det vil være behov for særskilte tiltak for å beskyttes disse kvinnene mot diskriminering og sikre dem rimelig tilrettelegging i tråd med blant annet CRPD artikkel 14.2.⁹

Dersom regjeringen går videre med forslag om sikkerhetsboliger og overgangsboliger, må det forslagene utredes opp mot CRPD, og det må drøftes særskilt hvordan eventuell plassering av kvinner i slike sikkerhets boliger eller overgangsboliger kan gjøres på en måte som ivaretar deres rettigheter etter så vel CRPD som CEDAW, herunder om kvinner bør holdes adskilt fra menn.

LDO viser til blant annet til at Europarådets torturforebyggingskomite (CPT) skriver følgende etter sitt landbesøk i Norge i 2024 angående tvungent psykisk helsevern: «A recurring issue in the three hospitals visited concerned women living on mixed gender wards with mostly men. For a few women interviewed such mixed accommodation was awkward. In the CPT's view, it would be highly advisable to allocate dedicated areas of a ward (for instance, a part of the corridor or a dayroom)

⁸ se også Overordnet plan for sikkerhetspsykiatri pkt 3.2.4 om Forebyggende tverretatlig arbeid.

⁹ Av overordnet plan for sikkerhetspsykiatri ⁹fremgår det at personer som er i behov av et sikkerhetspsykiatrisk tjenestetilbud er en sammensatt gruppe. Det fremgår her blant annet at i 2019 utgjorde kvinner 13,4 % av pasientpopulasjonen og at Schizofreni og diagnoser knyttet til rusmiddelavhengighet er dominerende for pasientpopulasjonen.

to female patients and that staff is protective towards patients vulnerable to potentially unwanted sexual contact.”.¹⁰

2.2 Svakheter i utredning av rettsikkerhet i nye institusjoner for grupper av funksjonshemmede

Utvalget anbefaler at rettssikkerheten i sikkerhetsboliger sikres ved at sikkerhetsboliger knyttes til en kontrollkommisjon. Hvordan tilknytning til kontrollkommisjon skal sikre rettsikkerheten ved bruk av tvangsmidler og i sikkerhetsboliger er ikke utredet. Innvendingene mot kontrollkommisjonen når det gjelder å sikre rettssikkerheten er redegjort for i NOU 2019:14 kapittel 28. I NOU 2019: 14 foreslås at kontrollkommisjonens ordning i psykisk helsevern *ikke* videreføres. Derimot foreslås i NOU 2019: 14 en modell med uavhengige tvangsbegrensningsnemnder. Det vil føre for langt her å gå inn på detaljer ved kontrollkommisjonens ordning, men LDO viser til en grundig gjennomgang av styrker og svakheter i ordningen i NOU 2019: 14 kapittel 28. LDO fremheve at straffereaksjonutvalget selv anerkjenner hvor komplisert bla voldsrisikovurderinger er, se NOU 2025:2 kapittel 10.¹¹ LDO i spørrende til om dagens kontrollkommisjonsmodell kan være egnet til å sikre rettssikkerhet i tilknytning til plassering i, og gjennomføring av tvang i den type sikkerhets- og overgangsboliger som utvalget foreslår.¹²

Oppsummering når det gjelder forslag om sikkerhetsboliger og overgangsboliger: Dersom regjeringen videreutvikler forslag som innebærer nye hjemler for inngrep i frihet og personlig sikkerhet og nye institusjonslignende boformer for (sikkerhetsboliger og overgangsboliger) for personer med psykososial eller kognitiv funksjonsnedsettelse forutsetter dette grundig utredning av hvordan slike nye hjemler og tiltak kan utformes på en måte som er forenlig Norges menneskerettslige

¹⁰ se [cpt-2024-49-norway-report-on-2024-periodic-visit.pdf](#) på side 5 .

¹¹ Landets over 50 kontrollkommisjoner er sammen satt to legfolk, en jurist og et legekyndig medlem. Psykiaterkompetane hos legekyndig medlem kreves ikke og foreligger sjelden. Når utvalget henviser til at psykisk helsevernloven kapittel 4 kan være aktuell å gi anvendelse i slike boliger, omfatter dette også hjemler for tvangsmedisinering (phvl § 4-4) og tvangsmidler som beltelegging, isolasjon og korttidvirkende legemiddel (phvl § 4-8)

¹² Svakheter knyttet til rettssikkerheten når det gjelder tvangsmedisinering som i dag klager behandles av statsforvalteren vær også godt kjent. LDO savner særlig drøftelse av hvordan tvangsmedisinering eventuelt skal vedtas, utføres og kvalitetssikres i foreslåtte sikkerhetsboliger.

forpliktelser, herunder etter CRPD. LDO viser til utredningsinstruksens formål og krav¹³ jf § 2-2 som sier at «Dersom tiltaket berører prinsipielle spørsmål, skal utredningen drøfte disse på en balansert, systematisk og helhetlig måte». Formålsbestemmelsen i instruksen nevner konkret at den er ment å legge godt grunnlag for tilstrekkelig utredning av forholdet til Grunnloven og Norges folkerettslige forpliktelser, herunder menneskerettighetene.¹⁴

3.Ombudets innspill til enkelte av de konkrete forslagene fra Straffereaksjonsutvalget.

Ombudet har ikke er tid til å gi innspill til anbefalinger i alle kapitler og har prioritert kapitlet om helsetjenester til innsatte. Vi merker oss at utvalget i pkt. 14.8 beskriver en situasjon og uttrykker klart at behovet for helsetjenester blant innsatte vil øke, fordi det er klart at forekomsten av psykiske lidelser blant innsatte har økt de senere årene.

I store trekk støtter LDO forslagene for å styrke oppfølging av innsattes helse i kapittel 25. Vi stiller imidlertid spørsmål ved hvorfor anbefalingene er formulert vagt, og er bekymret for at dette vil redusere forslagenes effekt i praksis.

Departementene ber i høringsbrevet om at det refereres tydelig til punktene med anbefalinger, dersom det gis tilbakemelding på disse. Vi har enkelte innspill til følgende kulepunkter i kapittel 25:

Til 25.10 første kulepunkt: Når utvalget sier at utfordringer strekker seg lenger enn det som «formelt kan knyttes til menneskerettslige forpliktelser» er LDO enig i det. Samtidig må ikke dette misforstås: Også statens menneskerettslige plikter strekker seg lenger enn det formelle. Staten har plikt til å sikre alle innsatte et *effektivt og reelt vern* av alle de menneskerettigheter innsatte har. Det innebærer at staten har menneskerettslig plikt til å ta helhetlig ansvar for innsatte med alvorlige psykiske lidelser og funksjonsnedsettelse, og at ansvaret omfatter både lov og praksis.

Til 25.10 andre kulepunkt: Utvalget uttrykker en ambisjon om «å komme langt nærmere realisering av et mål» om at alle innsatte i fengsel skal ha tilgang til minst 8 timer utenfor cellen hver dag. Ombudet er spørrende til denne vage formuleringen av målet om mindre isolasjon. Politikken bør utformes slik at målet om 8 timers utenfor cella oppnås i praksis.

¹³ ¹³ [Instruks om utredning av statlige tiltak \(utredningsinstruksen\) - Lovdata](#) artikkel 1-1

¹⁴ [Instruks om utredning av statlige tiltak \(utredningsinstruksen\) - Lovdata](#)

Til 25.10 tredje kulepunkt: LDO er enig i at det er behov for å øke antallet døgnplasser i psykisk helsevern, herunder også med langtidsplasser for de som trenger det, samt rehabiliteringsplasser og overgangsboliger knyttet til sikkerhetspsykiatrien. Samtidig fremhever LDO at dersom det er meningen at psykisk helsevern i enda større grad skal bidra til samfunnsvern for å forebygge fremtidige handlinger, må dette bygge på grundige vurderinger mellom retten til frihet og personlig sikkerhet, muligheten til å predikere risiko og samfunnsvernet. LDO fremhever at det uansett sentralt at også kapasiteten i det frivillige psykiske helsevernet styrkes, herunder med frivillige døgnplasser, jf bla CRPD artikkel 25 og ØSK artikkel 12.

Til 25.10 syvende kulepunkt: LDO støtter at kriminalomsorgen i større grad skal ta initiativ til å vurdere sonings dyktighet og straffavbrudd for innsatte med alvorlige psykiske lidelser utviklingshemmede når domfeltes helsetilstand sier det. Formuleringen fra utvalget er at «kriminalomsorgen i noe større grad tar initiativ». I den videre oppfølgingen mener ombudet at statens ansvar bør klargjøres og styrkes når det gjelder å sikre løpende vurdering av innsattes soningsdyktighet.

Til 25.10 tolvte kulepunkt: ombudet støtter og fremme en betydning av flere enheter tilsvarende NFFA ved Ila, og fremhever særlig at selv om det er positivt at det er planlagt tilsvarende for kvinner ved Telemark fengsel av avdeling Skien er det behov for flere slike enheter/plasser ikke minst for kvinner.

4.LDOs avsluttende merknader

Etterlevelse av menneskerettighetene i praksis overfor personer med psykososiale eller kognitive funksjonsnedsettelse som er berøvet friheten på strafferettslig eller sivilrettslig grunnlag, er en minst like stor utfordring som de prinsipielle utfordringene omtalt ovenfor. Dette kommer klart frem i bla saken Haugen mot Norge hvor Norge i oktober 2024 ble dømt av Den europeiske menneskerettsdomstol for brudd på retten til liv og effektivt rettsmiddel etter at en innsatt med psykisk lidelse begikk selvmord i fengsel.¹⁵ Dommen er nærmere omtalt av utvalget i oversiktskapittel 5 på side 59. Her omtales at EMD konkluderte med brudd blant annet på grunn av «alvorlige mangler i *koordineringen* av innsattes medisinske behandling og *kommunikasjon* mellom de ulike helsetjenestene.¹⁶

¹⁵ Haugen mot Norge, no 594 76/21 (2024)

¹⁶ Dommen oppsummeres av utvalget på side 59 «... Den innsatte fikk begrenset medisinsk tilsyn og behandling etter utskrivelse fra psykiatrisk sykehus, til tross for sine diagnostiserte psykiske lidelser

Problemene utredningen belyser er altså både alvorlige og godt kjent. Bedring i praksis krever politisk vilje til å prioritere ressurser til å styrke omfang og kvalitet på tjenestene. Dette gjelder både helsetjenester i spesialisthelsetjenestene, omsorgstjenester i kommunene og forholdene i kriminalomsorgen for personer med psykososiale eller kognitive funksjonsnedsettelse.

Norges menneskerettsforpliktelser, som utvalget har fremhevet at er minimumsstandarder, må være et utgangspunkt for de konkrete tiltakene som kreves i videre oppfølging. Å etterleve disse menneskerettighetene er egnet til å sikre nytenking og utfasing av tiltak som ikke virker.¹⁷

Vennlig hilsen

May Schwartz
avdelingsdirektør

Guri Hestflått Gabrielsen
fagdirektør

Dokumentet er elektronisk godkjent, og gyldig uten signatur.

og gjentatte selvmordstanker. Situasjonen forverret seg da han ble overført til ordinær fengselsavdeling, hvor han ikke lenger hadde forsterket tilsyn og omsorg. Hvor han tok sitt liv bare 2 dager etter å ha blitt overført»

¹⁷ Slik som utfasing av bruk av belteseng overfor frihetsberøvende med psykisk lidelse og erstatning av slike tvangsmidler med mindre skadelige tiltak.