



SIVILOMBUDET

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET
Postboks 8011 Dep
0030 OSLO

Vår referanse
2023/2068

Deres referanse

Vår saksbehandler
Tonje Østvold Byhre

Dato
24.08.2023

Høringsuttalelse til Varselutvalgets rapport

Vi viser til Helse- og omsorgsdepartementets høringsbrev om Varselutvalgets rapport «Fra varsel til læring og forbedring» datert 3. mai 2023, samt e-post fra departementet datert 22. juni 2023 med informasjon om utsatt høringsfrist til 31. august 2023.

Sivilombudet er oppnevnt av Stortinget, og skal føre kontroll med den offentlige forvaltningen og alle i dens tjeneste for å hindre at det øves urett mot den enkelte, og for å bidra til at forvaltningen respekterer og sikrer menneskerettighetene, jf. sivilombudsloven § 1. Ombudet har også et særskilt ansvar for å jobbe for at personer som er fratatt friheten ikke utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, jf. sivilombudsloven § 17 og § 3 bokstav c.

Forebyggingsenheten i Sivilombudet har siden 2014 gjennomført uvarslede besøk til over 100 ulike steder hvor personer er fratatt friheten. Vårt mandat dekker svært ulike sektorer; fra fengsel og arrest til psykisk helsevern, sykehjem og boliger for personer med utviklingshemming. Vi har også gjennomført besøk til barnevernsinstitusjoner og utlendingsinternat.

I forbindelse med disse besøkene undersøker vi ulike deler av forvaltningen for å få et mest mulig helhetlig og riktig bilde av forholdene og eventuelle risikoforhold i institusjonen. Når vi for eksempel besøker innsatte i fengsel undersøker vi både kriminalomsorgen og tilhørende helsetjenester (kommunal helse- og omsorgstjeneste og spesialisthelsetjeneste). Våre undersøkelser kan også se nærmere på arbeidet til ulike tilsyns- og kontrollorganer, som for eksempel fengslenes tilsynsråd og Statsforvalterne. Dette gir oss god innsikt i både styrker og svakheter ved tilsyns- og varselordninger i en rekke ulike sektorer.

Arbeidet vårt har i flere tilfeller avdekket mangler i måten tilsyn organiseres og gjennomføres på i forvaltningen. Vi erfarer at det er et behov for å styrke, ikke bare tilsynsorganer innenfor en avgrenset del av forvaltningen, men også tilsynsorganer som er eksterne, uavhengige og som kan undersøke forhold på tvers av forvaltningssektorer. Dette behovet er spesielt tydelig i lukkede institusjoner som fengsler, der mange svært ulike aktører skal og bør samarbeide om å sikre innsattes rett til helse og der årsaksforhold kan være knyttet til samspillet mellom disse aktørene.

Et tydelig eksempel på fragmenterte og svake tilsynsstrukturer, fant vi i arbeidet med rapporten «Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel» (mars 2023).¹ Her kom det fram at verken Kriminalomsorgsdirektoratet eller fengslene hadde rutiner for å sikre at dødsfall i fengselet ble meldt til tilsynsrådene for kriminalomsorgen. I realiteten var få dødsfall varslet til tilsynsrådet for det aktuelle fengselet. Videre avdekket vi at helsetjenestene (både kommunal og spesialisthelsetjenestene) i svært liten grad meldte inn selvmord/selvmordsforsøk i fengsel til Helsetilsynet, jf. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3 a. De få sakene som ble meldt inn, ble ikke fulgt opp av Helsetilsynet eller statsforvaltere. Flere av fengslenes egevalueringer inneholdt få læringspunkter og ga bare en summarisk beskrivelse av hendelsesforløpet uten å omtale om hendelsen hadde avdekket svakheter i arbeidet for å forebygge selvmord. Oppsummert, fant vi ingen spor av grundigere interne, eksterne eller tverrsektorielle undersøkelser i kjølvannet av kritiske hendelser i fengslene. Fra media er vi kjent med liknende svakheter i tilsyn og undersøkelser av dødsfall og selvmordsforsøk i barnevernsinstitusjoner.

Når det skjer alvorlige hendelser, som et selvmord i fengsel, er det avgjørende at dette undersøkes grundig, både for å avdekke svikt, avvik og avklare ansvar, og for å identifisere læringspunkter. Undersøkelser må gjennomføres både internt og av et uavhengig organ. Dette understrekes i internasjonal rettspraksis og er viktig for å opprettholde tilliten til statelige organer og for å sikre at nødvendige endringer blir gjort for å forebygge framtidige hendelser.² En granskning av et uavhengig organ kan også være av stor betydning for pårørende og andre etterlatte etter selvmord.

Vi viser til forarbeidene i Prop.68 L (2016-2017), og ønsker særlig å fremheve viktigheten av at det finnes et organ som kan se på tvers av ulike forvaltningsorganer i ulike sektorer, som utfører sine oppgaver helt uavhengig og selvstendig fra andre instanser og som gjør dette uten å ha andre roller eller sanksjonsmyndighet opp mot berørte aktører. Sivilombudet stiller spørsmål ved om disse forholdene er godt nok ivaretatt i utvalgets forslag til ny ordning, herunder Varselsutvalgets anbefaling om å oppheve Lov om Statens undersøkelseskomisjon for helse- og omsorgstjenesten. Vi ønsker også å gi uttrykk for bekymring for at statsforvalternes oppgaver allerede er svært omfattende.

Det er på denne bakgrunn vår vurdering at utvalgets forslag kan resultere i mindre helhetsforståelse og læring av alvorlige hendelser, mindre åpenhet og dermed også mindre tillit til forvaltningen, både i befolkningen og i de ulike tjenestene og forvaltningsleddene.

Hanne Harlem
sivilombud

¹ https://www.sivilombudet.no/wp-content/uploads/2023/03/Rapport_Selvmord_i_fengsel.pdf

² Sharon Shalev and Philippa Tomczak, Improving prisoner death investigations and promoting change in prisons: A findings and recommendations report, University of Nottingham. 2023. Mary Rogan. Human Rights Approaches to Suicide in Prison: Implications for Policy, Practice and Research. Health & Justice (6)15. 2018.

Dette brevet er godkjent elektronisk og har derfor ikke håndskrevet underskrift