Helsedirektoratet

Inngitt elektronisk

02.06.2023

HØRINGSUTTALELSE FRA KROM – FORSLAG TIL NASJONALE FAGLIGE RÅD OM KOMMUNALE HELSE- OG OMSORGSTJENESTER TIL INNSATTE I FENGSEL (HØRINGSUTKAST)

1. Innledning

KROM visert til høringsutkast publisert på Helsedirektoratet sine nettsider 2. mars 2023. Direktoratet har foreslått nye, nasjonale faglige råd for «Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel». Høringsfristen er 2. juni 2023.

Norsk forening for kriminalreform (KROM) ble stiftet i 1968 og er en partipolitisk og religiøst uavhengig forening som arbeider for en menneskeverdig kriminalpolitikk. KROM gir med dette sine merknader til forslaget.

2. Merknader til departementets forslag

2.1 Overordnet om høringsutkastet og KROMs innspill

Det rettslige utgangspunktet, som også er formålet til høringsutkastet om ny veileder/nasjonale faglige råd er at innsatte har rett til nødvendig og forsvarlig helsehjelp. Innsatte har rett til den samme helsehjelpen som befolkningen for øvrig.

Etter EMK har staten plikt til å beskytte innsatte mot at de ikke blir utsatt for soningsforhold i strid med EMK artikkel 3. De sentrale dommene fra EMD på feltet er EMD Rooman mot Belgia og EMD Normantowicz mot Polen (se avsnitt 79). Det følger av EMDs praksis at innsatte har krav på et helseregime som har til formål å *bedre* vedkommendes helsetilstand, se Rooman mot Belgia.

Rådene som er foreslått i veilederen er generelle, overordnede og i tråd med formålet om å sikre forsvarlig helsehjelp. Utkastet tar i liten grad opp praktiske problemstillinger for fangepopulasjonen. KROM vil i høringssvaret ha hovedfokus på de særskilte problemstillingene knyttet til innsatte og tilgang på helsetjenester, samt på forsvarligheten av helsetjenestene som blir tilbudt i fengsler.

Det er godt kjent at myndighetene har hatt og har store utfordringer med i tilstrekkelig grad å sikre tilstrekkelig og forsvarlig helsehjelp til innsatte i norske fengsler. Både internasjonale- og nasjonale tilsynsinstansers kritikk over flere år har dokumentert utfordringene. Den senere tids medieoppmerksomhet om temaet har også vist at myndighetene har store utfordringer med å sikre at innsatte får forsvarlig- og lik helsehjelp som befolkningen for øvrig.

Overordnet er KROM positive til at myndighetene fokuserer på å utforme nye nasjonale råd, men ønsker å påpeke at det er svært viktig at myndighetene også sørger for å bevilge nok midler til at standardene kan bli overholdt i praksis.

Internasjonale minstestandarder (Mandelareglene gitt av FN, og De europeiske fengselsreglene) krever at hele spekteret av helsetjenester som er tilgjengelig i samfunnet også må være tilgjengelig for fanger. Importmodellen innebærer at norske helsemyndigheter har et selvstendig ansvar for at helsetjenester i fengsel er forsvarlige og likeverdige. Det er fordeler med importmodellen, men også en rekke ulemper. Tingvoll og Magnussen utførte høsten 2021 en undersøkelse på oppdrag fra Helsedirektoratet og Kriminalomsorgen, *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel.* Undersøkelsen peker på en rekke utfordringer knyttet til helsemessig oppfølgning av innsatte. KROM viser til funnene i undersøkelsen.[1]

Helsedirektoratet er forutsetningsvis kjent med undersøkelsen, men bør gjennomgå de utfordringene som blir påpekt av de ansatte og innsatte i Kriminalomsorgen ved utformingen av rådene i ny helseveileder. For å sikre at rådene i større grad tar høyde for de praktiske problemene med samhandlingen helse og kriminalomsorg, er det viktig at brukerinnspill blir gjennomgått og hensyntatt.

Slik KROM oppfatter det er en vesentlig del av utfordringen at det ikke er nok ressurser til at de innsatte får tilstrekkelig helsehjelp innen rimelig tid. De innsatte er en sårbar gruppe, hvor en høy andel har både somatiske og psykiske utfordringer. Innsattpopulasjonen har jevnt over

[1] Magnussen og Tingvold (2022), *Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel.* Hentet fra: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2992945/Kartlegging_innsatte.pdf?sequence=1&isAllowed=y

flere, og mer sammensatte helseproblemer enn befolkningen for øvrig, noe som må bli gjenspeilet i tilgangen på nok helsepersonell i fengslene.

Den praktiske tilgangen og kommunikasjonen med helsetjenesten er ofte tidkrevende. «Lappesystemet» for kontakt med helsetjenesten fungerer dårlig (omtalt i ovennevnte undersøkelse). Mange av de innsatte KROM er i kontakt med forteller om svært lange ventetider for å få time til lege/psykolog. Det er mange innsatte i et fengsel, og ofte bare lege tilstede i fengselet enkelte dager i uken. Særlig varetektsinnsatte, som befinner seg i en akutt-, uavklart livssituasjon i en pågående straffesak, er særlig sårbare og har behov for rask helsehjelp.

Nedenfor vil KROM knytte nærmere merknader til enkelte av de tema Helsedirektoratet tar opp i høringsutkastet.

2.2 Punkt 1 i høringsnotatet – kommunens ansvar for innsattes rett til helsehjelp

Helsedirektoratet peker på at kommunen bør tilrettelegge for at den innsatte kan velge kjønn på helsepersonellet. Dette er et viktig punkt, og for å etterleve dette er det nødvendig at leger og annet helsepersonell av begge kjønn faktisk er tilknyttet fengslene.

Helsedirektoratet har blant annet foreslått at helsetjenesten i fengsel har en meldeplikt dersom innsatte ikke mottar tilstrekkelige helsetjenester. Som eksempel på en situasjon der den innsatte blir fratatt muligheten til å motta helsetjenester, har direktoratet på side 8 vist til at tilfeller hvor kriminalomsorgen ikke fremstiller innsatte til helsehjelp utenfor fengselet.

Manglende- og avbrutte fremstillinger er en problemstilling som KROM oppfatter at oppstår hyppig, grunnet ressurssituasjonen i fengsel. Dersom det er for få ansatte på jobb, eller det skjer en mer prekær hendelse i fengselet som får prioritet, er fengslene nødt til å avlyse fremstillinger som ikke haster.

Det er positivt at helsemyndighetene ønsker å forebygge avbrutte helsefremstillinger, men KROM er usikker på om helsetjenesten rent faktisk vil få beskjed om manglende fremstillinger. Det er taushetsplikt mellom fengselet og helseavdelingen, og helsetjenesten vil trolig være avhengig av at den innsatte selv varsler om avbrutt fremstilling. Som direktoratet selv er inne på i høringsutkastet, er det mange innsatte som av ulike årsaker har vansker for å kommunisere om sin helse.

Særksilt om varslingsrutiner ved uenighet mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten

Det presiseres i høringsutkastet at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal melde til kriminalomsorgen dersom innsattes soningsforhold er helseskadelige eller tilgang til helse- og omsorgstjenester ikke er dekket. Isolasjon som forårsaker eller forsterker helseproblemer er eksempel på skadelige soningsforhold. Høringsutkastet skisserer at følgende rutine skal benyttes i tilfeller der helsetjenesten vurderer at soningsforholdene er helseskadelige (eller der innsatte ikke sikres forsvarlig helsehjelp): (i) kommunens ledelse og fengselsleder møtes for å drøfte saken og finne en løsning, (ii) forholdet meldes til Statsforvalteren og det bes om en forsvarlighetsvurdering dersom kommunens ledelse og fengselsleder ikke blir enige, og (iii) dersom Statsforvalteren er enig i kommunens vurdering og fengselsleder opprettholder sin vurdering, sendes saken til det regionale kriminalomsorgskontoret for endelig avgjørelse.

KROM er av den klare oppfatning at denne rutinen må endres og tydeliggjøres slik at den bringes i samsvar med internasjonale minstestandarder. Helsedirektoratet hevder at rutinen er i samsvar med De europeiske fengselsreglene. Dette medfører imidlertid ikke riktighet. Følgende fremgår av De europeiske fengselsreglene:

> 43.3 The medical practitioner shall report to the director whenever it is considered that a prisoner's physical or mental health is being put seriously at risk by continued imprisonment or by any other condition of imprisonment, including conditions of solitary confinement.
>
> 45.1 The director shall consider the reports and advice that the medical practitioner or other competent authority submits […] and, when in agreement with the recommendations made, shall take immediate steps to implement them.
>
> 45.2 If the recommendations of the medical practitioner are not within the director's competence or if the director does not agree with them, the director shall immediately submit the advice of the medical practitioner and a personal report to higher authority.

De europeiske fengselsreglene plasserer ansvaret for *umiddelbart* å løfte saken på et høyere nivå tydelig hos *fengselsleder* dersom vedkommende er uenig i helsetjenestens vurderinger. En slik tydelig ansvarsavklaring fremgår ikke av høringsutkastet. I utkastet legges det tilsynelatende opp til et slags delt ansvar, hvilket kan lede til uheldig ansvarspulverisering. Dette ved at det kun fremgår at *«dersom de* [kommunens ledelse og fengselsleder] *ikke kommer frem til en løsning meldes forholdet til Statsforvalteren»*, uten at det er tydelig fastslått at det faktisk er fengselsleder som har meldeansvar til høyere myndighet. At kommunen i tillegg *bør* melde forholdet i internkontrollsystemet og *kan* melde saken til Sivilombudet, bøter ikke tilstrekkelig på denne rutinesvakheten.

Videre er det ytterst problematisk at Helsedirektoratets foreslåtte rutine gir kriminalomsorgen (regionalt nivå) myndighet til å avgjøre saken dersom fengselsleder opprettholder sin beslutning til tross for at Statsforvalteren slutter seg til helsetjenestens vurdering. I praksis betyr dette at den endelige beslutningen vedrørende fangenes liv og helse fattes av fengselsbyråkrater uten medisinsk, psykologifaglig- eller annen helsefaglig kompetanse.

KROM vurderer at dette er i strid med nasjonalt så vel som internasjonalt lovverk og retningslinjer.

Klare og tydelige rutiner for håndtering av uenighet, i samsvar med internasjonale minstestandarder, må etter KROMs syn fremgå av veilederen. I tillegg må tilsvarende, etter vårt syn, impleteres i selve helselovgivningen, fortinnsvis i helse- og omsorgstjenesteloven.

2.3 Punkt 2 i høringsnotatet – særlig sårbare innsatte

Det er en alvorlig og velkjent utfordring i norske fengsler at suicidratene er høye, både hva gjelder forsøk- og gjennomførte selvmord. KROM er positiv til at problemet blir satt på agendaen.

KROM etterlyser klarere målsettinger og -retningslinjer for å skape økt fokus på forebygging av selvmord blant innsatte. Som eksempel kan Helsedirektoratet vurdere om man skal se på behovet for (økt og/eller endret) kursing av ansatte som ikke er helsepersonell. Det samme gjelder trolig også for helsepersonell. Tematikken er alvorlig, utfordrende og krever spesialkompetanse.

Spesielt viktig er det at barn- og ungdom i fengsel får tett oppfølging. Den siste tids medieoppslag har pekt på en rekke utfordringer i forbindelse med at barn blir overført til fengsel for «voksne» når de fyller 18 år. Også helseavdelingene i fengsel må sørge for god nok tilrettelegging- og oppfølgning i slike kritiske faser.

2.4 Punkt 3 i høringsnotatet – innkomst og løslatelse

Innsettelse i fengsel og løslatelse er kritiske perioder i fengslingsforløpet, hvor risikoen for suicid er høy.[2] KROM er opptatt av at de innsatte får tilstrekkelig og grundig oppfølgning, spesielt i de nevnte periodene. Nedenfor vil KROM fremheve noen utfordringer basert på KROMs erfaringer om forholdene i fengsel.

I innkomstsamtalen bør lege delta, ikke kun sykepleier. KROM erfarer at mange innsatte forteller at de ikke får innkomstsamtale første dag. Innsettelsen er en sårbar og krevende fase, spesielt for varetektsinnsatte. For mange innsatte er det ikke nødvendigvis nok å snakke med sykepleier. Innsatte forteller at de ofte prater med sykepleier i innkomstsamtalen, og deretter må vente på time hos legen for å få videre-, nødvendig oppfølgning. Dersom vedkommende

[2] Dette er også redegjort for i høringsutkastet

bruker medisiner, er det kun lege som kan foreskrive medisinene. Krom erfarer at det kan ta for lang tid før innsatte får de medisinene de trenger etter innsettelse.

Det er viktig å sikre smidig og hurtig samhandling med fastlege ved nyinnsettelser, eventuelt helseavdelingen der innsatte er overført fra en annen anstalt, for å sørge for at viktig helseinformasjon og medisinlister blir mottatt av helseavdelingen i det nye fengselet.

Mange nyinnsatte har også behov for henvisning til psykolog/DPS (spesialisthelsetjenesten), noe som er underlagt legens kompetanse. Det er uheldig at det tar lang tid før nyinnsatte i en krevende livssituasjon mottar nødvendig henvisning, spesielt ettersom ventetiden til DPS også kan være lang.

For øvrig er KROM bekymret for at helsetjenestene i fengsel bruker medisinering med sterke preparater, i stedet for kognitiv terapi og støttesamtaler i de tilfellene det finnes alternativer til medisinering. En annen bekymring knytter seg til innsatte som utenfor fengselet har gått på sterke preparater, men blir brått tatt av/nedtrappet når de blir innsatte i fengsel – ofte svært brått og på et sårbart tidspunkt i akutt krise. Slike situasjoner kan skape alvorlige konsekvenser for pasienten. Det er viktig å sørge for å ivareta innsattes psykiske helse på tilstrekkelig, og riktig måte. Nedtrapping fra vanedannende legemidler må skje skånsomt og i samråd med pasienten, også når vedkommende er innsatt i fengsel, muligens også fastlege/behandlere i hjemkommunen.

I innsettelsesfasen hvor det er særlig høy risiko for suicid,[3] er det viktig med rask tilgang til nødvendig helsehjelp. Det er mulig at man i større grad kan forebygge- og plukke opp suicidrisiko raskere om det er en lege som holder innkomstsamtalen og umiddelbart kan foreta nødvendige vurderinger, henvisninger og reseptforeskriving ved behov. Annet helsepersonell enn legene har naturligvis også kunnskap til å gjøre vurderingene, men har ikke nødvendigvis delegert kompetanse til å gjennomføre nødvendige tiltak.

Det er positivt at direktoratet retter fokus på arbeidet frem mot løslatelse. Kriminalomsorgens plikt til å tilrettelegge for løslatelse er lovfestet i strgjfl. § 41, men også helseavdelingen bør være involvert i prosessen.

Ofte er det viktig for de innsatte å få på plass et opplegg med innsattes hjemkommune. Det er typisk behov for å skaffe bolig, kontakt med NAV, videre helseoppfølgning/ettervern/ruskonsulent osv. Mange innsatte gir uttrykk for mangelfull

[3] Høy suicidrisiko ved innsettelse er også forutsatt i høringsutkastet på side 29

oppfølgning på området, og det kan fremstå som at uklar ansvarsfordeling kan være en del av årsaken til at mange innsatte løslates uten at nødvendige- og ønskede avklaringer har kommet på plass. Det bør tydelig bli fastslått hvilke områder hhv. fengsel/tilbakeføringskoordinator og helseavdelingen har ansvar for å følge opp, og hvordan samarbeidet skal bli regulert (forutsatt at den innsatte samtykker til samarbeid). Utfordringene knytter seg trolig også til manglende ressurser.

Spesielt viktig er god oppfølgning i tilfeller der innsatte med rus- og/eller psykiske utfordringer er motivert for videre behandling/rusfrihet. KROM antar at det er nødvendig å sette av ytterligere ressurser til arbeid med å organisere et strukturert opplegg ved løslatelse. Oppfølgningstilbud er svært viktig for å støtte- og sikre at den innsatte klarer å opprettholde motivasjonen om et videre liv uten tilbakefall til rus og kriminalitet.

2.5 Punkt 5 – Innsattes rettigheter

På side 39-40 peker direktoratet på innsattes rett til medvirkning og informasjon, jf. hpl. § 10.

Som nevnt innledningsvis erfarer KROM at kommunikasjonssystemet mellom de innsatte og helseavdelingen ikke fungerer godt nok. Det enveis «lappesystemet» går sakte og har flere svakheter, se undersøkelsen fra Tingvoll/Magnussen.[4] Det er vanskeligere for innsatte å kommunisere med helseavdelingen innenfor murene, enn det er for en person utenfor fengsel å kontakte legekontoret vedkommende er knyttet til. Innsatte kan ikke nødvendigvis ringe til helseavdelingen når som helst, og kan ikke sende elektronisk henvendelse til legen.

Helsedirektoratet bør vurdere tiltak for å bedre kommunikasjonsmulighetene mellom innsatte og helseavdelingen. Det vil være et viktig skritt for å sørge for bedre involvering og informasjon for de innsatte, jf. hpl. § 10.

Om utenlandske innsatte har direktoratet vist til frivillige organisasjoner som viktige ressurser og mulige samarbeidsaktører. KROM synes det er positivt at direktoratet ønsker å fremme godt samarbeid med aktørene som har særskilt kompetanse om utfordringer ulike grupper utenlandske innsatte har. Det er likevel viktig å presisere at å gi forsvarlig helsehjelp er stat- og kommune sitt ansvar. Myndighetene kan ikke lene seg for mye på frivilligheten, men bør selvfølgelig samarbeide om økt kunnskap og informasjonsutveksling.

2.6 Punkt 9 – Bruk av isolasjon, sikkerhetsseng og sikkerhetscelle

[4] Magnussen og Tingvold (2022), Kartlegging av helse- og omsorgsbehov blant innsatte i fengsel. Hentet fra: https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/bitstream/handle/11250/2992945/Kartlegging_innsatte.pdf?sequence=1&isAllowed=y

KROM er svært kritiske til bruk av inngripende tvangsmidler som isolasjon, sikkerhetsseng og sikkerhetscelle. Helsedirektoratet bør, i tillegg til å fokusere på helsetilsyn for personer utsatt for tvangsmidler, rette fokus på forebyggende tiltak helsepersonell i fengsel kan utføre overfor innsatte i fengsel som er i en «risikogruppe» for å bli utsatt for inngripende tvangsmidler. KROM sikter først og fremst til de tilfellene der tvangsmidler blir iverksatt fordi den innsatte har en sammensatt helseproblematikk som fører til utagering, selvskading, dårlig fungering mv. Også overfor øvrige innsatte kan det være nyttig med ytterligere retningslinjer for forebygging.

Straffegjennomføringsloven pålegger fengselet å varsle helsetjenesten når en fange innsettes i isolasjon (se f.eks. forslag til ny §37d i straffegjennomføringsloven, p.t. på høring). Mandelareglene og De europeiske fengselskrever krevet at helsetjenesten fører daglig tilsyn med isolerte fanger. Europarådets torturkomité (CPT) har presisert at *«health-care staff should be informed of every such placement and should visit the prisoner immediately after placement and thereafter, on a regular basis, at least once per day"* (CPT/Inf(2011)/28-part2, s. 63).

Hyppig tilsyn fra helsepersonell er nødvendig både av hensyn til fangenes helsesituasjon og for å redusere risikoen for uregelmessigheter fra kriminalomsorgens side. Sivilombudet anførte i sin særskilte melding til Stortinget om bruk av isolasjon (Dokument 4:3, 2018/19, s. 72): *«I tillegg til å ivareta helsen til den innsatte, har helsetjenestens oppsøkende virksomhet også en preventiv funksjon. Deres tilsyn og tilstedeværelse kan bidra til å redusere mulighetene for at innsatte utsettes for integritetskrenkelser»*.

Etter KROMs syn må det presiseres i veilederen at varsling om isolasjon fra kriminalomsorgen (jf. straffegjennomføringsloven § 37d) skal utløse en *handlingsplikt* som understreker at helsepersonell umiddelbart skal gjennomføre tilsyn (og igangsette daglige tilsyn). Det bør også presiseres at fengselet i tillegg skal varsle kommunal legevakt i tilfeller der fanger isoleres utenom fengselshelsetjenestens kontortid. I slike tilfeller må kommunal legevakt pålegges ansvar for umiddelbart tilsyn. I motsatt fall vil man risikere at fanger kan bli sittende isolert over lang tid uten tilsyn fra helsepersonell, eksempelvis når isolasjon iverksettes i helger, på høytidsdager eller under ferieavvikling.

Det er KROMs klare oppfatning at regler for tilsyn og oppfølging av isolerte må inntas i helselovgivningen i tillegg til å være grundig beskrevet i veilederen.

For øvrig understreker KROM at tvangsmidler er svært helseskadelig, noe som også er redegjort for i høringsutkastet. Helsedirektoratet foreslår å sørge for å overholde minimumsregelen om «minst» et tilsyn om dagen ved bruk av sikkerhetsseng og -celle. Sett

hen til alvorligheten av slike inngrep, mener KROM at den innsatte bør ha hyppigere tilsyn av helsepersonell. I slike sårbare situasjoner er 24 timer lenge, og det kan skje store helsemessige utviklinger fra time til time. Det samme gjelder i tilfeller der innsatte er isolert uten bruk av sikkerhetsseng og -celle.

2.7 – Punkt 12 - finansiering

Som nevnt gjennomgående er det etter KROMs syn svært viktig at det blir bevilget nok penger og ressurser fra stat og kommune. I høringsutkastet er det nevnt hvilke instanser som finansierer hva, og det er ikke naturlig at en nasjonal veileder har retningslinjer om den bakenforliggende finansieringen. Det er likevel viktig at myndighetene bevilger nok midler til at rådene i praksis er mulige å etterleve fullstendig og forsvarlig.

Økonomiske og adminstrative hensyn legitimerer ikke fravikelse fra grunnleggende menneskerettigheter og internasjonale minstestandarder. Et viktig poeng i denne sammenheng er at helsetjenestens ressursbehov på mange måter er prisgitt den praksis og det regimet som besluttes og praktiseres av kriminalomsorgen. Eksempelvis vil ressursbehov knyttet til tilsyn og oppfølging av isolerte fanger avhenge av kriminalomsorgens isolasjonspraksis. Etter KROMs syn er helt avgjørende at helsetjenesten tilkjennes ekstra bemanning når det er nødvendig for å utøve deres praksis i samsvar med internasjonale minstestandarder. KROM mener at kriminalomsorgen må pålegges å finansiere ekstra helsepersonell i perioder der fengselet beslutter bruk av mer isolasjon enn det den kommunale helsetjenesten i utgangspunktet er dimensjonert for å håndtere med hensyn til forsvarlig tilsyn og oppfølging.

3. Avslutning

Oppsummert, mener KROM at direktoratet har pekt på mange gode råd og retningslinjer. KROM er likevel bekymret for at rådene og oppfølgningstiltakene i praksis blir vanskelige å etterleve uten at fengslene får økt tilgang på helsepersonell.

Krom kan kontaktes på krom@krom.no dersom direktoratet har spørsmål til denne høringsuttalelsen.

Med vennlig hilsen
Styret i KROM