Kriminalomsorgsdirektoratet

Helsedirektoratet

Deres ref:	Vår ref:	Dato:
	202303447-14	07.06.2023

Høringssvar: Nasjonale faglige råd: Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Det vises til Høring fra Helsedirektoratet den 7. mars 2023: Nasjonale faglige råd: Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) har følgende innspill til høringen.

1. Generelle merknader

Hovedinntrykket er at den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver og de nasjonale faglige råd som gis, er enkelt og godt beskrevet og vil være et svært nyttig verktøy for kriminalomsorgen i samarbeidet med helse- og omsorgstjenesten i årene framover.

Vi er godt fornøyd med at den kommunale helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver overfor særlige og sårbare grupper som innsatte med nedsatt kognitiv funksjon, psykiske lidelser og rusproblemer, ungdom, kvinner, eldre, innsatte som er isolert, og løslatelsesarbeidet er konkret beskrevet.

Selv om utgangspunktet er at innsatte skal ha samme tilgang på helsetjenestene som de utenfor, så krever det å yte helsetjenester i fengsel tilpasninger gitt den spesielle konteksten som et fengsel er. De sammensatte og forhøyede helseutfordringene man møter hos innsattpopulasjonen og det faktum at dette er personer som tidvis har et svært begrenset nettverk og støtteapparat som kan bistå de i oppfølgningen av helsetilbud, er også viktige faktorer å ta med i vurderingen av tilpasningen av helsetilbudet og den rollen helsetjenesten skal og må ha. Tatt det i betraktning så mener vi at det innledningsvis kunne vært hensiktsmessig å si noe om dette, men også, overordnet, noe om hvilket regelverk som kommer til anvendelse og helsetjenestens rolle vis a vis de innsatte, men også Kriminalomsorgen. Dette vil typisk være bakgrunnsinformasjon som var med i den tidligere veilederen kapittel 1-2.

Postadresse:	Besøkadresse:	Telefon: 404 38 800	Saksbehandler:
Postboks 694	Solheimsgata 21, 2000 Lillestrøm	Telefaks: 404 38 801	Anne Dahl
4302 Sandnes		Org.nr: 911 830 868	E-post: Postmottak-8005@kriminalomsorg.no

Slik vi forstår de nasjonale faglig rådene så retter de seg mot de som skal yte helsetjenestene i fengslene, hvilket kan være både helsetjenesten inne i fengselet, men også den på utsiden, i tillegg til de som skal organisere og tilrettelegge for disse tjenestene på kommunalt nivå samt kriminalomsorgen. Kriminalomsorgen erfarer tidvis at kunnskapen innen helseprofesjonen utenfor fengselet og på kommunalt nivå hva gjelder rammebetingelsene i et fengsel, inkludert hvilke virkemidlene man har og situasjonen til de innsatte, tidvis er begrenset. Det vil da både være pedagogisk og hensiktsmessig å si noe innledningsvis om de særlige forhold som gjør seg gjeldene og om de overordnede prinsippene som gjelder for helsetjenester i fengsler, hvilket regelverk som er relevant og hvordan disse står seg i forhold til hverandre. Det å yte helsetjenester i fengsel kan by på noen spesielle problemstillinger, særlig vis a vis den etiske profesjonsplikten, men også tidvis utfordre taushetspliktens grenser.

Vi mener også, som et overordnet innspill, at innarbeidelsen av forpliktelsene i Mandela reglene og de europeiske fengselsreglene er mangelfull og at dette er uheldig da disse regelsettene har en rekke bestemmelser som omhandler de innsattes rett til helsetjenester i fengsel og organisering av slike tjenester som særlig tar inn over seg de særlige forholdene i fengsel. Dette er regler som er spesialiserte for nettopp denne konteksten som de nasjonale faglige rådene omhandler. Riktignok er disse soft law og derav ikke direkte bindende, men benyttes i stor grad av EMD i sine vurderinger av de innsattes soningsforhold, inkludert helsetjenester til innsatte. Videre så må de europeiske fengselsreglene anses som et uttryk for en europeisk fellesstandard og konsensus, hvilket således minsker rommet for den nasjonale skjønnsmarginene som staten har i implementeringen av deres forpliktelser etter EMK. Endelig så er dette også regler som er vedtatt av henholdsvis FNs Generalsforsamling og Europårådet og som Norge derav har kommunisert at man skal forholde seg til.

Vi mener at det gjennomgående, eventuelt som eget punkt, bør sies noe om problemstillinger knyttet til informasjonsdeling mellom helsetjenesten og Kriminalomsorgen for å sikre den innsattes tarv, inkludert at den innsatte får en best mulig straffegjennomføring i fengsel og nødvendig tilrettelegging og oppfølging. Som det vises til flere steder i våre innspill nedenfor så besitter ofte helsetjenesten informasjon som det er viktig at kriminalomsorgen hensyntar i alle aspekter av straffegjennomføringen og tiltak som vi iverksetter.

Når det gjelder bruk av begreper så påpekes det at «sone» ikke benyttes i særlig grad lenger og er erstattet av «gjennomfører straff i fengsel», mens soningsforhold fremdeles benyttes i stor grad.

2. Merknader til de enkelte kapitlene og rådene

I det følgende kommenteres merknader til de enkelte kapitlene:

<u>Kapittel 1: Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte</u>

Råd 1: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal sikre at innsatte får nødvendig og forsvarlig helsehjelp»***

Det bør under dette punktet eksplisitt vises til kommunenes plikt til å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte med henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven §3-9 som sier at: *«Kommuner hvor det ligger fengsler skal ha tilbud om helse- og omsorgstjenester til innsatte»*. Videre så følger det av Mandelareglene nr. 24 og 25 samt de europeiske fengselsreglene 40.1-

40.4 og 41.1 til 41.5 at det er klare krav til helsetjenestens stedlige tilstedeværelse, sammensetning av personell og tjenester som skal ytes. Det anses også hensiktsmessig at det vises til at det her gjelder et utgangspunkt om at innsatte skal ha lik tilgang på helsetjenester som resten av befolkningen og at dette er et bærende element for hvordan helsetjenestene til de innsatte organiseres og tilbys. Det anses som for vagt når det i denne sammenheng kun vises til at kommunene selv kan velge hvordan de organiserer tilbudet, men at det anbefales at helse- og omsorgstjenester gis i fengslet, i egne lokaler og til faste tidspunkt. Det foreslås en skal-formulering her med henvisning til helse- og omsorgstjenesteloven § 3-9 samt de internasjonale reglene.

I dette kapittelet bør det opplyses om at kommunenes ansvar også gjelder planlegging og overføring av helse- og omsorgstjenester til hjemkommunen ved løslatelse, og overføring til straffegjennomføring i samfunn. Videre så kan det være hensiktsmessig å inkludere informasjon om at domfelte som gjennomfører straff i samfunnet, med oppfølging av friomsorgskontorene, skal kunne benytte de ordinære helse- og omsorgstjenestene i kommunen.

Når det gjelder presiseringen under dette rådet av helsepersonnelets uavhengige stilling vis a vis Kriminalomsorgen så vises det til at dette grunnleggende prinsippet også kan gjenfinnes og forankres i straffegjennomføringsloven og dens retningslinjer samt Mandela reglene og de europeiske fengselsreglene og det bør vurderes om det er hensiktsmessig å reflektere det under *«dette rådet er basert på»*.

Når det gjelder standarden og innholdet i tjenestene som ytes så kan det også, allerede her, være hensiktsmessig å vise til at dette følger av FN konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12[i] som gjelder som norsk lov med forrang etter menneskerettsloven § 2 og 3.

Råd 2: ***«Kommunen og kriminalomsorgen skal ivareta innsatte med behov for helse- og omsorgstjenester, herunder praktisk bistand»***

Under delen som vedrører «slik kan rådet følges» så mener KDI at teksten er for overordnet og lite konkret slik den står. Her savner vi en beskrivelse av eksempler på omsorgstjenester og i tillegg en beskrivelse av oppgaver i grensesnittet mellom omsorgstjenester, praktisk bistand og kriminalomsorgens oppgaver. Senter for omsorgsforskning Øst har i 2021 på oppdrag fra KDI, og i samarbeid med Helsedirektoratet, gjennomført en undersøkelse av omsorgsbehovene til innsatte i fengsel. Når fengselshelsetjenesten ikke er til stede, blant annet på kvelder og i helger, må ansatte i kriminalomsorgen ivareta helse- og omsorgsoppgaver, som for eksempel å skifte bleier, urin- og stomiposer. Ansatte i kriminalomsorgen må også utføre oppgaver i grensesnittet mellom ansvarsområdene til helse- og omsorgstjenesten og kriminalomsorgen; som å skifte på senger, av- og påkledning, smøre mat, dusj og stell av innsatte, vask av tilgrisede celler mv. Det er behov for å gi eksempler for å tydeliggjøre ansvarsfordelingen, slik rapporten om innsattes omsorgsbehov underbygger. Definisjoner av omsorgsoppgaver og oppgaver i grensesnittet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen som omhandles i rapporten, bør innarbeides i de praktiske rådene her, som bl.a. omfatter innsatte med fysiske funksjonsnedsettelser.

Vi mener at det også burde presisere at det gis nødvendig veiledning til kriminalomsorgens ansatte ved behov og særlig der hvor de må utføre arbeidsoppgaver som ligger innenfor helse- og omsorgstjenestens ansvarsområde.

---

[i] *«Enhver rett til den høyest oppnåelige helsestandard både fysisk og psykisk.»*

Videre så mener vi at det kan være utfordrende at det legges opp til at det er den innsatte selv som skal melde behov for og be om omsorgstjenester da dette fordrer kunnskap om disse rettighetene som ikke nødvendigvis alle innsatte har. Dette vil særlig gjelde innsatte med utenlandsk bakgrunn og de med kognitive utfordringer. Det å melde fra om slike behov kan være vanskelig og tidvis skambelagt og det bør derfor presiseres at den kommunale helse- og omsorgstjenesten aktivt tar denne muligheten opp med den innsatte og forklarer hvilke rettigheter han eller hun har, i tillegg til å veilede og gi bistand til å søke, som allerede er beskrevet.

Råd nr. 4 ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal melde til kriminalomsorgen dersom innsattes soningsforhold er helseskadelige og tilgang til helse- og omsorgstjenester ikke er dekket.»***

I beskrivelsen av *«slik kan rådet følges»* så bør det vurderes, i alle tilfelle for innsatte i varetekt, om det skal sies noe om at helsepersonell, der hvor det anmodes, skal besørge dokumentasjon og dele disse opplysningene med den innsattes advokat/forsvarer slik at dette kan følges opp gjennom domstolene som har gitt grunnlaget for oppholdet i fengsel. De fleste domstoler forutsetter i sine kjennelser at den innsatte får den helsehjelpen som vedkommende trenger og for øvrig at de ikke utsettes for tiltak som potensielt kan være helseskadelig. Dette vil dog forutsette den innsattes samtykke og da bør det presiseres.

Det vil imidlertid også være relevant for domfelte da det kan være avgjørende for den innsatte for å forfølge sitt rettskrav og være viktig dokumentasjon i en eventuell pågående klagesak. Det er imidlertid ikke alle som på straffegjennomføringspunktet har tilgang på advokat lenger da forsvareroppdraget knyttet til straffesaken er avsluttet. Det vil da eventuelt være aktuelt å videreformidle slik informasjon, forutsatt den innsattes samtykke, til rettshjelpsordninger som vedkommende får bistand av, eventuelt utarbeide dokumentasjon som kan vedlegges en klage til Statsforvalteren eller Sivilombudet.

Videre så vil vi fremheve at forhold knyttet til innsattes soningsforhold har en potensiell slagvidde til vurderinger om soningsudyktighet og straffavbrudd. For at man skal kunne erklæres som soningsudyktig eller ha rett til straffavbrudd grunnet helsemessige årsaker så fordrer det at den innsatte søker om dette. Dette er det imidlertid ikke gitt at den innsatte er innforstått med, ei heller at vedkommende har kjennskap til sine rettigheter knyttet til dette. Det er derimot heller ikke noe som Kriminalomsorgen nødvendigvis er kjent med da dette i stor grad dreier seg om helseopplysninger. Om helsepersonell i fengsel mistenker at en innsatt er soningsudyktig eller kan oppfylle vilkårene for straffavbrudd så bør dette tas opp med fengselsledelsen som ledd i denne rapporteringsplikten slik at den innsatte kan få bistand fra advokat til å igangsette en prosess for å vurdere dette eller eventuelt får veiledning av kontaktbetjent. Om det grunnes i psykiske helseproblemer må en henvisning til spesialisthelsetjenesten for videre utredning vurderes.

I *«Begrunnelse – dette er rådet basert på»* så anbefaler vi at det i tillegg til henvisningen til de europeiske fengselsreglene punkt 43.3 også henvises til de relevante bestemmelsene i Mandela reglene, nemlig regel 33, 35 og 46, men også øvrige relevante regler i de europeiske fengselsreglene, nemlig punkt 44 og 45 som presiserer rammene for denne varslingsplikten. Når det gjelder fratakelse av nødvendige helse- og omsorgstjenester og manglende tilretteleggelse for at helse- og omsorgstjenesten skal få utført sine plikter så kan det også vises til Kriminalomsorgens fasiliteringsplikt etter straffegjennomføringsloven § 4 og tilhørende retningslinjer.

Råd 5: «Innsatte med behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester skal få tilbud om individuell plan

Under slik kan rådet følges så fremgår det «Dersom innsatte mottar tjenester fra ulike etater anbefales det at det utvikles kun en plan. Hvis det finnes en fremtidsplan med kriminalomsorgen (regjeringen.no) bør de sammen med innsatte, koordinerende enhet, fengselshelsetjenesten og eventuelt andre vurdere hva som er den mest hensiktsmessige planen over tid.»
KDI viser her til at framtidsplan er innsattes plan for straffegjennomføring i fengsel og samfunn, men denne er under endring. Teksten bør omformuleres til at individuell plan (IP) bør samordnes med innsattes plan for straffegjennomføring i fengsel og samfunn. Når det gjelder hvem koordinator for IP i kommunen bør samarbeide med, er kriminalomsorgen utelatt men bør nevnes som samarbeidspartner i fengsel og ved løslatelse.

Kapittel 2: Helse- og omsorgstjenester til særlig sårbare grupper

Råd 2: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal sørge for nødvendig oppfølging av innsatte med kognitiv funksjonsnedsettelse»***

Det er i dette rådet særlig fokusert på de tjenestene som kommunen kan tilby den innsatte. Den innsattes kognitive fungeringsnivå har imidlertid betydning også for de soningsforhold som den innsatte gis og hva som vedkommende kan nyttiggjøre seg. Dette har særlig betydning for rehabilitering, progresjon og tilbakeføring til samfunnet. Gitt dette så burde det kanskje sies noe om hvordan helsetjenesten etter å ha kartlagt den innsattes kognitive fungeringsnivå kan samarbeide med kriminalomsorgen slik at det legges til rette for en best mulig gjennomføring av straff for den innsatte og eventuelt vurdere andre straffgjennomføringsformer, om hensiktsmessig. Dette vil nok fordre samtykke fra den innsatte for deling av slik informasjon og det er da viktig at helsetjenesten tar initiativ til å diskutere dette med den innsatte.
Der hvor kartleggingen eventuelt kan indikere at den innsatte har et kognitivt fungeringsnivå på grensen eller muligens under tilregnelighetsnivået må det eventuelt vurderes henvisning til spesialisthelsetjenesten for utredning av dette og eventuelt ta kontakt med den innsattes advokat, om vedkommende er representert for å følge dette opp.

Råd 3: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal tilby eldre innsatte regelmessige undersøkelser for å avdekke utvikling av aldersrelaterte utfordringer»***

Som ovenfor hva gjelder de med nedsatt kognitivt fungeringsnivå, vil det også for denne gruppen som har særlige behov for tilrettelegging av soningsforholdene og muligens også straffegjennomføringsformen, være viktig å si noe om hvordan helsetjenesten som besitter informasjon om relevante forhold kan samarbeide med fengselet på dette punkt.

Råd 4: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal gi ungdom i fengsel individuelt tilpassede helse- og omsorgstjenester»***

Det vises til mange gode råd om den lille gruppen unge i fengsel under 18 år. Kriminalomsorgen har opprettet særskilte plasser for unge i alderen 15-18 år ved to ungdomsenheter i region øst og region vest med totalt 8 plasser. I tillegg er det opprettet 3 plasser ved Indre Østfold fengsel, avd. Eidsberg, som kan motta mindreårige dersom kapasiteten ved ungdomsenhetene er fullt utnyttet.

Ved ungdomsenhetene er det etablert tverrfaglige team som består av ansatte fra spesialisthelsetjenesten, utdanningsmyndighetene og barnevern.

Kriminalomsorgens fagstrategi om unge domfelte og innsatte i alderen 18 til 24 år omhandler forsterket oppfølging av ungdom mellom 18 og 24 år som har behov for ulike tjenester for å sikres en bedre fremtid. De er ofte like sårbare som de mindreårige ved at de har sammensatte utfordringer i kombinasjon med til dels alvorlig kriminalitet. Ikke sjelden har de unge vært utsatt for vold og overgrep, og har traumer og rusproblematikk.

KDI mener det er behov for flere råd om helse- og omsorgstjenester for den store gruppen unge innsatte 18-24 år som ut i fra utviklings- og modenhetsnivå anses som en sårbar gruppe.

Kapittel 3 - Innkomst og løslatelse

Råd 1: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør gjennomføre innkomstsamtale med alle innsatte»***

Dette rådet har en bør-regel, men vi mener at dette skal være en skal regel. Dette følger av Mandela-reglene nr. 30 og de europeiske fengselsreglene punkt 16 sammenholdt med 42. Disse bestemmelsene inneholder også detaljerte krav til hva som skal undersøkes i tilknytning til innkomstsamtalen og det vil være viktig at disse er reflekterte under rådet om hva som skal være gjenstand for innkomstsamtalen.

Under råd om innkomstsamtale bør det presiseres at taushetsplikten opphører dersom helsetjenesten får opplysning om forhold hvor det er fare for liv og helse.

I dette kapittelet savner vi at det overdoseforebyggende arbeidet til helse- og omsorgstjenesten ved innkomst og ved løslatelse er mer konkret beskrevet, da alle fengsler har fått opplæring i overdoseforebyggende tiltak og helse- og omsorgstjenesten er en viktig samarbeidspartner i dette arbeidet som Helsedirektoratet har finansiert.

Råd 2: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten bør samarbeide med andre tjenester i forkant av løslatelsen»***

Det vises til kulepunktet: *«felles oppmerksomhet mot problematikk knyttet til selvmord, overdose og forhøyet risiko for vold» og påpekes at* ved selvmordsfare bør den kommunale helse- og omsorgstjenesten ha en strukturert selvmordsforebyggende samtale. De bør også være særlig oppmerksomme på innsatte som løslates direkte fra høyt sikkerhetsnivå uten nevneverdig progresjonsrettet tilvenning. Der hvor det er kjent selvmordsrisiko bør det videre alltid være opprettet kontakt med spesialisthelsetjenesten før løslatelse.

Kapittel 6 - Psykisk helse og rusmiddelproblemer

Råd 2: ***«Den kommunale helse og omsorgstjenesten skal tilby innsatte med tegn på psykiske problemer nødvendig helsehjelp»*** **og Råd 3:** ***«Den kommunale helse og omsorgstjenesten skal tilby innsatte med rusmiddelproblemer et individuelt tilpasset tjenestetilbud»***

Helse- og omsorgstjenestens ansvar og oppgaver anses å være konkret og meget godt beskrevet. KDI er av den oppfatning at samarbeidet med spesialisthelsetjenesten er mangelfullt og for lite

konkret beskrevet i utkastet. Spesialisthelsetjenestens stedlige polikliniske tjenester i fengsel innen psykisk helsevern og rusbehandling (områdefunksjon) er knapt nevnt. Det vises her til at HOD i oppdraget til alle regionale helseforetak i 2020 ga dem en viktige rolle tilknyttet alle fengsler hvor det skal være stedige spesialisthelsetjenester i alle landets fengsler. Spesialisthelsetjenesten nevnes i høringen i forbindelse med henvisninger og mulighet for å begjære tvungent psykisk helsevern. Problematikken med innsatte som har behov for innleggelse i psykisk helsevern og de utfordringer som følger ved rask tilbakekomst til fengsel, er eksempelvis ikke omtalt i høringsutkastet.

Derimot beskrives i kapittel 11 råd 1: «Kriminalomsorgen har plikt til å legge til rette for at innsatte får nødvendige helse- og omsorgstjenester», kriminalomsorgens rolle ved fremstilling til behandling i spesialisthelsetjenesten utenfor fengsel og mulighet for innleggelse i sykehus, jf straffegjennomføringsloven § 13. Dette er et ansvar kriminalomsorgen har, men når det ikke kobles mot spesialisthelsetjenestens rolle mener vi det gir kriminalomsorgen et større ansvar for innleggelse enn vi har og et lite dekkende bilde av trepartssamarbeidet mellom helse- og omsorgstjenesten, helseforetak og kriminalomsorgen. Spesialisthelsetjenesten anses mer utførlig beskrevet i Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte 2013, rev 2016), før revisjonen, hvor trepartssamarbeidet var mindre utviklet.

KDI ber Helsedirektoratet om å omtale spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle innen psykisk helsevern og rusbehandling mer utførlig, herunder det polikliniske tilbudet som skal være tilgjengelig i alle fengsler. I de faglige rådene nevnes ansvarfordelingen mellom kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten på flere områder. Det samme gjelder den fylkeskommunale tannhelsetjenesten. Det vil være mulig å gjøre tilsvarende på overordnet nivå overfor spesialisthelsetjenesten da Helsedirektoratet har et kompetanseansvar for dette om enn ikke et tjenesteansvar.

KDI anbefaler at Helsedirektoratet vurderer å utarbeide følgende to faglige råd i tillegg:
- Spesialisthelsetjenesten skal tilby innsatte med psykiske lidelser nødvendig helsehjelp.
- Spesialisthelsetjenesten skal tilby innsatte med rusavhengighet nødvendig helsehjelp.

Råd 5: ***«Den kommunale helse og omsorgstjenesten bør være oppmerksom på selvmord- og selvskadingsatferd».***
Under dette faglige rådet fremgår det: «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten utarbeider, i samarbeid med innsatte, kriminalomsorgen og eventuelt spesialisthelsetjenesten, en kriseplan/sikkerhetsplan for personer som skader seg selv og/eller står i fare for å ta eget liv. Kriseplan kan inngå som en del av individuell plan og behandlingsplan». Vi vil tilføye her at det er viktig at helsetjenestens planer samordnes med kriminalomsorgens tiltaksplan for å forebygge selvmord og selvmordsforsøk.

Vi vil bemerke at det var en høyere andel domsinnsatte enn innsatte i varetekt som tok sitt liv i perioden 2018-2022. Det er vel så viktig å være oppmerksom på innsatte som gjennomgår en livskrise, får avsagt en fellende dom eller på annen måte har en tapsopplevelse.

Kapittel 9 - Helsepersonellets ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetsseng

Råd 1: ***«Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal følge opp innsatte ved bruk av sikkerhetscelle/sikkerhetsseng»***

Vi mener at det initialt i beskrivelsen bør redegjøres kort for rammene for når Kriminalomsorgen kan benytte sikkerhetsseng, nemlig når det er strengt nødvendig og for å hindre den innsatte i å skade seg selv. Vi ser at dette er nevnt under *«dette er rådet basert på»*, men anser det mer hensiktsmessig å plassere i beskrivelsen initialt. Når det gjelder sikkerhetscelle så kan dette i tillegg benyttes der hvor den innsatte er utagerende, men også her må det være strengt nødvendig. I vurderingen av om Kriminalomsorgen kan og skal beslutte bruk av disse inngripende tvangsmidlene, skal det foretas en forholdsmessighetsvurdering hvor belastningen for den innsatte veies opp mot og må stå i forhold til behovet for tiltaket. Når det gjelder vurdering av belastning så vil den innsattes helsesituasjon både fysisk og psykisk og skaderisiko være av betydning.

Vi mener videre at helsetjenestens rolle må tydelig redegjøres for, inkludert hvilke plikter de har i tråd med det som er nedfelt i Mandela reglene og de europeiske fengselsreglene. Det vil særskilt her være viktig å presisere at helsepersonell aldri skal være del av beslutningen om bruk av sikkerhetscelle og/eller sikkerhetsseng (Mandela regel 46.1), men at de, i tillegg til å ha en behandlings- og tilsynsplikt, også har en varslings- og frarådingsplikt som det er essensielt at de utøver gitt at de har relevante helseopplysninger og fagkompetansen hva gjelder helsemessige forhold. Det er viktig at det også sies noe om hvordan dette skal gjøres i praksis særlig sett opp mot problemstillinger knyttet til profesjonsetikk og taushetsplikt. Vi mener dette er hensiktsmessig og nødvendig gitt de funn som Sivilombudet har omhandlet i sin rapport om sikkerhetsseng hva gjelder helsetjenestens rolle og rutiner, men også svakheter ved gjennomført eller manglende tilsyn av helsepersonell. En redegjørelse for helsetjenestens plikter opp mot Kriminalomsorgens vil være et godt verktøy for å sikre en forventningsavklaring, men også bedre sette rammene for den samhandling som her er nødvendig.

Vi vil også bemerke at avklaring av rolle og oppgaver er særlig viktig sett i sammenheng med pågående lovarbeid med forslag til lovendringer på dette området. Det er særlig relevant å merke seg at helsetjenesten etter dagens lovgivning skal forhåndskonsulteres før bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle, mens det i aktuelt lovforslag synes å legge til grunn at de skal ha en mer «tilbaketrukket» rolle og kun varsles og anmodes om tilsyn. Det er noen gode grunner til det jf. det som er ovenfor nevnt om at helsetjenesten ikke skal ta del i beslutning om bruk av tvangsmidler, men vi er også bekymret for at dette kan resultere i at kriminalomsorgen fatter vedtak basert på et ufullstendig faktagrunnlag, særlig hva gjelder de helsemessige aspektene og konsekvensene for den innsatte og at den innsatte ikke får den helsemessige oppfølgningen som vedkommende trenger.

Det vil derfor være viktig å presisere i det nasjonale faglig rådene de rammer som Mandela reglene og de europeiske fengselsreglene setter til helsetjenestenes rolle og presisere at de har en veiednings-, oppfølgings-, varslings- og frarådingsplikt på tilsvarende og harmonisert måte både hva gjelder bruk av de tvangsmidler som er nevnt i råd nr. 1 og bruk av isolasjon i råd nr. 2. Også i begrunnelsen for råd 1 burde det vises eksplisitt til de aktuelle bestemmelsene som inneholder detaljerte og klare regler om helsetjenestenes rolle og plikter. Når det gjelder Mandela reglene så er dette nedfelt i 25. 1 (tilsyn og behandling), 33 (frarådingsplikten), 34 (varslingsplikt til eksterne ved indikasjoner på tortur, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff), 46.2 (rapportering til fengselet om behov for å terminere eller endre tiltak) og 46.3 (helsetjenestens kompetanse til å endre eller anbefale endring av tiltak).
I de europeiske fengselsregler så er det tilsvarende reguleringer i punkt 43.2 (tilsyn og behandling), og 43.3 (varslingsplikten ved forhold eller tiltak som innebærer vesentlig risiko for den innsattes fysiske eller psykiske helse). Det er også viktig å vise til Kriminalomsorgens plikt til å hensynta denne rådgivigningen jf. Mandela reglene 35.2 og de europeiske fengselsreglene

45.1 og 45.2. Det kan også være hensiktsmessig å presisere at tilgang til helsetjenesten og omfang og hyppighet av tilsyn, er sentralt i vurderingen av om bruk av tvangsmidler og isolasjon er i strid med EMK art. 3.

Vi mener også at det vil være hensiktsmessig under dette punkt å ha med et eget punkt om samhandling mellom de aktuelle etatene tilsvarende det som er for de som er ilagt vedtak om utelukkelse (se råd 2 under dette kapittelet).

Endelig, når det gjelder den rettskildemessige vekten av de internasjonale føringene i Mandela og de europeiske fengselsreglene vises det til våre merknader om dette ovenfor i punkt 1. vedrørende generelle merknader.

Under: *«Begrunnelse – dette er rådet basert på»* foreslås følgende tillegg:
«*Opphold i sikkerhetsseng kan utgjøre en form for isolasjon på grunn av manglende menneskelig kontakt»*, selv om det er et krav om kontinuerlig tilsyn fra kriminalomsorgen.

Råd 2: ***«Den kommunale helsetjenesten skal følge opp innsatte som er isolert»***

Vi viser i stor grad til innspillene under rådet som gjelder bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle og mener at det er hensiktsmessig at disse to rådene stiles på samme måte og at det i begrunnelse for rådet henvises eksplisitt til reglene i Mandela og de europeiske fengselsreglene. Dette vil i stor grad være de samme bestemmelsene.

Kapittel 11 – Kriminalomsorgens ansvar for tilrettelegging av helse-og omsorgstjenester til innsatte

Råd 1: ***«Kriminalomsorgen har plikt til å tilrettelegge for at innsatte får nødvendige helse- og omsorgstjenester»***

I forhold til punktet om at Kriminalomsorgen skal «*legge til rette for at helsepersonell har gode og praktiske arbeidsforhold til å utføre helse- og omsorgstjenester*» så vil det være hensiktsmessig å berøre problemstillinger knyttet til konfidensialitet og tilstedeværelse av Kriminalomsorgens ansatte ved helsekonsultasjoner da dette er noe skaper utfordringer i praksis. På den ene siden er det klare utgangspunkt at helsekonsultasjoner skal foregå uten at Kriminalomsorgens ansatte er tilstede, men det kan være sikkerhetsmessige grunner som tilsier tilstedeværelse i noen tilfeller og hvor ønsket til helsepersonellet er av betydning. Det vil derfor være viktig å si noe om hvem som har ansvaret for å ta den endelige vurderingen og hvilke hensyn som må vurderes. Det kan også i begrunnelsen være hensiktsmessig å vise til hvordan dette er regulert i Mandela reglene og de europeiske fengselsreglene.

Ellers så savner vi generelt under punktet med oppramsing av Kriminalomsorgens plikter og myndighet for en rekke beslutninger som potensielt påvirker den innsattes helsesituasjonen og tilgang på helsetjenester, noe om i hvilken grad dette krever samhandling og informasjonsutveksling fra helsetjenesten og i så fall hvordan dette skal løses. Eksempelvis vil beslutninger etter §§ 12, 13, 14 og 35 nødvendiggjøre samhandling med helsetjenesten da vurdering av den innsattes helse og dokumentasjon rundt denne vil være viktig.

Generelt så kan det også under dette avsnittet være hensiktsmessig å si noe kort om hvordan Kriminalomsorgen skal forholde seg til råd, vurderinger, varsler og rapporter som gis fra

helsetjenesten om den enkelte innsatte og hvordan dette er forankret i Mandela og de europeiske fengselsreglene.

Det burde også i dette kapittelet sies noe om hvilket handlingsrom Kriminalomsorgen har og hvordan de kan bistå den innsatte dersom vedkommende ikke får den helsehjelpen som trenges, inkludert klagemuligheter.

Endelig så bør det presiseres under *«praktisk – slik kan rådet følges»* at Kriminalomsorgen skal varsle lege eller helsepersonell om alle tilfeller hvor det benyttes sikkerhetsseng eller sikkerhetscelle og/eller den innsatte er utelukket og dette gjelder uavhengig hva som er årsak til at vedkommende er isolert (altså om besluttet av kriminalomsorgen eller av eget ønske). Det femstår uklart hva det siktes til i rådet når det står at kriminalomsorgen skal melde fra til lege dersom innsatte er isolert *«uten grunn»*.

Råd 2: «Kriminalomsorgen har ansvar for finansiering av utstyr og kontorlokaler til kommunens helse- og omsorgstjenester og fylkeskommunens tannhelsetjeneste»

Vi har merknader til punktet om økonomisk ansvar for tannhelsetjenester i regi av fylkeskommunen. Kriminalomsorgen er uenig i omtalen av dette punktet som er et uavklart ansvarsforhold og oppgavefordeling mellom Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet. Helsedirektoratet anmodes om å fjerne følgende setninger: Kriminalomsorgen bærer det økonomiske ansvaret for etableringen og for videre vedlikehold av utstyr og lokaler, samt oppvarmning og renhold. *Dette inkluderer også utskifting av utstyr og instrumenter når dette er nødvendig på grunn av alder, slitasje og teknologisk utvikling.*
KDI mener at dette er feilaktig beskrevet på et område som ikke er regulert i det sentrale samarbeidet mellom helsetjenesten og kriminalomsorgen: Kriminalomsorgen er ikke ansvarlig for å skaffe tannhelseutstyr og instrumenter til tannhelsebehandling.

Med hilsen

Line Wilberg
seksjonssjef

Anne Dahl
seniorrådgiver

Dette brevet er godkjent elektronisk i kriminalomsorgen og har derfor ingen signatur.