UiO : Universitetet i Oslo
Det juridiske fakultet
Institutt for kriminologi og rettssosiologi

Høringssvar fra Skandinavisk isolasjonsnettverk

Høring om Nasjonalt faglig råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Innhold

1. Om Skandinavisk isolasjonsnettverk og høringssvaret 2
2. Merknader til 1. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte 2
2.1 Helsetjenesteyting i fengsel krever spesiell kunnskap 3
2.2 Behovet for kunnskap for å forebygge isolasjon og isolasjonsskader 6
2.3 Internasjonale minstestandarder for fangebehandling 7
2.4 Varsling og håndtering av varsling ved skadelige soningsforhold 9
3. Merknader til 4. Varetekt 14
3.1 Fastleger og enkelte medisinske preparater er lite tilgjengelige for varetekstinnsatte 14
4. Merknader til 5. Innsattes rettigheter 15
4.1 Behovet for mer og systematisk brukermedvirkning 15
4.2 Nasjonalt faglig råd bør gjøres tilgjengelige for innsatte 16
4.3 Behov for nasjonalt tilsyn av fengselshelsetjenesten 17
5. Merknader til 9. Helsepersonellets ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetsseng 18
5.1 Behovet for å styrke beskyttelsen av innsatte i sikkerhetscelle/sikkerhetsseng 18
5.2 Behovet for økt bevissthet rundt helsepersonells rolle ved bruk av tvangsmidler 20
5.3 Behovet for å gjengi og følge minstestandarder for tilsyn og varsling 21
6. Merknader til 12. Finansiering 23
6.1 Behovet for å styrke finansieringen av fengselshelsetjenestene 23
6.2 Behovet for ekstra ressurser ved mange varetektsplasser 24
7. Merknader til 14. Metode og prosess 24

Postboks 6706, St. Olavs plass 5, 0130 OSLO
www.jus.uio.no/ikrs/forskning/forskningsnettverk/isolasjon/

1. Om Skandinavisk isolasjonsnettverk og høringssvaret

Skandinavisk isolasjonsnettverk (SI) ble etablert i 2014 som et skandinavisk forsknings- og kunnskapsnettverk, og administreres fra Institutt for kriminologi og rettssosiologi ved Det juridiske fakultet, Universitetet i Oslo. Nettverket har som målsetting å bidra til økt kunnskap og et kritisk fokus på den omfattende bruken av isolasjon i skandinaviske fengsler og problemene denne medfører. SI ønsker derfor alle endringer som reduserer bruk av, samt skader eller krenkelser ved, isolasjon velkommen.

SI samler forskere fra samfunnsvitenskapelige, juridiske, humanistiske, medisinske, psykologiske og helsefaglige disipliner, relevante profesjonsgrupper og praktikere, fanger og pårørende, samt rettspolitiske, menneskerettslige og rettshjelpsaktører og frivillige organisasjoner i Skandinavia.

Flere av våre medlemmer og aktører tilknyttet SI har denne våren arbeidet med og avgitt svar i høringen. SIs styringsgruppe har gitt ulike bidrag inn i dette arbeidet, og vurderte det som tilstrekkelig. På bakgrunn av spørsmål og henvendelser mot slutten av høringsperioden, så vi det likevel som nødvendig å gi noen egne avklaringer gjennom høringsuttalelse. Vi takker Helsedirektoratet for anledningen til å sende uttalelse gjennom å gi utsatt frist.

Høringssvaret er utarbeidet av Skandinavisk isolasjonsnettverks styringsgruppe med innspill fra medlemmer i nettverket. Styringsgruppa består av prof. Peter Scharff Smith, advokat Marit Lomundal Sæther, jurist og høgskolelektor Isabelle Aarvik og stipendiat Marte Rua.

Isolasjon er utbredt og et av de mest inngripende maktmidlene den norske stat har til rådighet overfor individer i landet. Samtidig innebærer isolasjon veldokumentert og stor risiko for alvorlig helseskade. I tillegg leder manglende helsehjelp i seg selv til isolasjon[1]. Dette høringssvaret inneholder derfor både merknader som omhandler isolasjon, men også til enkelte øvrige deler av høringsnotatet som påvirker de innsattes rettigheter, helsehjelp og helsekompetanse. Vi har prioritert å gi plass til kritiske merknader på noen utvalgte områder, og på bekostning av kommentarer til råd vi er enige i.

2. Merknader til 1. Kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte

<u>Ang. rådet: «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal sikre at innsatte får nødvendig og forsvarlig helsehjelp.»</u>

Det fulle ansvaret for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten får sikret innsatte nødvendig og forsvarlig helsehjelp kan og skal heller ikke ligge hos kommunen alene. En nødvendig styrking av fengselshelsetjenesten som fag- og praksisfelt, fordrer flere initiativer på nasjonalt plan og på tvers av kommunene med fengsel, blant annet som følge av hvordan tjenesten er organisert:

[1] Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel, Dokument 3:4, 2022-2023.

> *Mange kommuner har ikke faste leger tilknyttet fengselshelsetjenesten, mens andre har leger som er tilknyttet fengselet i en lav stillingsprosent eller kun i kort tid. Det er i dag svært lite kontakt mellom helsetjenestene i de ulike fengslene, og ingen felles plattform verken i form av nasjonalt kompetansesenter eller faglige nettverk, for erfaringsutveksling eller faglig kvalitetsutvikling. Både erfarne fengselsleger og de mer uerfarne er ofte enige om at kunnskapen og kompetansen om fengselshelse bør styrkes. Dette er spesielt viktig når det gjelder kunnskap om skadevirkninger av isolasjon og helsepersonells oppgaver med å ivareta isolertes helse.* (Sivilombudet, Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler, s. 75 – heretter «Særskilt melding»).

2.1 Helsetjenesteyting i fengsel krever spesiell kunnskap

Utkast til Nasjonalt faglig råd synes å ta for lite hensyn til at helsetjenesteyting foregår innenfor rammene av fengsel. Det tar heller ikke til følge at det et stort behov for økt kunnskap og opplæring av helsepersonell som skal ivareta innsatte, inkludert de isolerte (se Særskilt melding, s.75).

Helsepersonell som jobber i fengsel bør naturligvis i like stor grad som annet helsepersonell være faglig oppdatert, ha riktig kompetanse og samarbeide med fagmiljøer i og utenfor fengselet. Vi mener det er svært uheldig at Helsedirektoratet legger ansvaret for dette på kommunen alene. Vi anbefaler Helsedirektoratet til å se revideringen av veilederen for fengselshelsetjenesten som en anledning til å sikre bedre og sårt tiltrengt kunnskap om de spesielle forholdene som gjelder for helsearbeid i fengsel, gjennom tydeligere å formidle slik kunnskap og initiere nasjonale tiltak for bedre kunnskap i Nasjonalt faglig råd.

Bakgrunn

Dårligere helse eller helsetilbud skal ikke være en del av fengselsstraffen i Norge. Dette følger av rettighetsprinsippet[2] og normalitetsprinsippet[3] i norsk straffepolitikk[4]. Den norske importmodellen[5] er et praktisk svar på dette prinsippet, og ble lansert som en viktig prinsipiell markering av at helsetjenesten skal ivareta andre interesser og oppgaver enn fengselet.[6] Modellen ble lansert som en prinsipiell markering av at helsetjenesten skal være fri og uavhengig i møte med Kriminalomsorgens interesser og oppgaver[7].

---

[2] Vedeler, G. H. (1973). Frihetsstraffens innhold – betraktninger om fangers rettigheter og fengslets forpliktelser. *Lov og Rett,* 31-46.

[3] Lundeberg, I. R., & Smith, P. S. (2023). Kjønn, soningsforhold og helseutfordringer i fengsel: Normalitetsprinsippet og kvinner på høy sikkerhet i norske fengsler. *Kritisk juss,* (1-2), 27-50, Rognlien, I. G. (2023). Effektiv rettslig beskyttelse av innsattes helse i fengsel: Klage, tilsyn og kontroll. *Kritisk juss,* (1-2), 70-98.

[4] Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

[5] Christie, N. (1970). Modeller for fengselsorganisasjonen. I R. Østensen (red.), *I stedet for fengsel: Idéer og forsøk* (s. 70-78). Oslo: Pax forlag.

[6] Rua, M. (2012). *Hva gjør fengselsleger? En institusjonell etnografi om isolasjon og helse.* Forord ved Thomas Mathiesen. Oslo: Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo/Akademika forlag, s. 78-79.

[7] Ibid.

Modellen innebærer at helsevesenet og helsemyndighetene har et selvstendig ansvar for at helsetjenester for fengslede pasienter er forsvarlige og likeverdige det tilbudet den øvrige befolkningen har.

Prinsippet er også knesatt i internasjonale minstestandarder for fangebehandling gitt av FN ved Mandela-reglene (2015)[8] og av Europarådet ved De europeiske fengselsreglene (2020)[9]. Reglene krever at hele spekteret av helsetjenester må være tilgjengelig for dem som sitter i fengsel, uten diskriminering og tilsvarende dem som er tilgjengelig utenfor fengselet. Helsepersonell skal ikke ta del i straffen ved å bringe den inn som et element i helsetilbudet, men utøve sitt fag uavhengig av den rettslige situasjonen til pasienten. Nasjonale og internasjonale etiske regler for medisin- og helseprofesjonene krever det samme.

De europeiske fengselsreglene krever at helsepersonell skal overvåke og oppdage sykdom og årsaker til sykdom, gi behandling og lindring, rapportere og ikke minst varsle. Mulighetene for å yte gode helsetjenester inne i et fengsel, er påvirket av økonomiske og organisatoriske forhold i og utenfor den lokale tjenesten. Helsetilbudet i fengsel er også preget av fangebefolkningens store helsebehov, som har økt i takt med at tilgangen på meningsfulle aktiviteter og sosial kontakt er blitt redusert de senere årene. Fangebefolkningen er preget av å ha dårligere levekår og velferd, samt dårligere fysisk og psykisk helse, enn den øvrige befolkningen. Samtidig har de ikke like god tilgang på helsetjenester som resten av befolkningen[10].

Ikke minst er tjenesten styrt av tunge fengselsmessige strukturer der sikkerhetshensyn settes foran andre hensyn. Lokal kultur og arkitektur vil i ulik grad sette formålet om kontroll og sikkerhet foran hensynet til helse og trivsel. Sist medfører det å være fengslet selvstendige belastninger som påvirker helsa på ulike måter.

Forskning og praksiserfaringer beskriver en arbeidshverdag der leger og sykepleiere daglig opplever at direkte eller indirekte hensyn til sikker fengselsdrift settes foran hensynet til fangers helse. Dette skjer for eksempel når fremstillinger til helseavtaler avlyses pga. bemanningsproblemer, når utstyr, hjelpemidler eller omsorgstjenester ikke gjøres tilgjengelig av økonomiske eller praktiske årsaker, eller når innsatte utsettes for isolasjon som følge av budsjetthensyn eller bygnings- og bemanningsmessige forhold. Omfanget av tilfeller der medisinskfaglige råd og beslutninger om behandling, lindring eller rehabilitering blir avlyst, utsatt eller utgår helt – fordi pasienten er fengslet – er ukjent. Det samme gjelder for alvorlighetsgraden i disse tilfellene.

Spørsmålet for leger og sykepleiere er hvor store hindrene er, og hvor store konsekvensene av disse må være for pasienten, før de skal «sette ned foten» overfor Kriminalomsorgen eller plikten til å varsle ved fare for liv og helse utløses etter helsepersonelloven § 17. Samtidig er fengselsstraffen et onde som påføres for

[8] United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (the Nelson Mandela Rules).
[9] Recommendation Rec(2006)2-rev of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules.
[10] Riksrevisjonens undersøkelse av helse-, opplærings- og velferdstjenester til innsatte i fengsel, Dokument 3:4, 2022-2023.

at det skal føles som et onde[11]. Spørsmålet er dermed: Hvor vondt skal det gjøre? Og når krysses grensen for akseptabelt onde ved isolasjon?

Fengselshelsetjenesten opererer innenfor rammene som settes av de ulike økonomiske, arkitektoniske, organisatoriske, juridiske, sikkerhetsmessige og praktiske forholdene i hvert enkelt fengsel. Helsetjenesteyting i fengsel foregår i så måte på en møteplass mellom to ulike offentlige virksomheter som har ulike tjenestelinjer, er forpliktet av ulike lovverk og retningslinjer, har ulike formål og oppgaver og ikke minst svært ulike virkemidler. Her skal helsepersonell oppfylle krav i helselovgivningen og profesjonsetikken, og tilby helsetjenester på lik linje med det den øvrige befolkningen får. Dette krever kunnskap om de spesielle rammene fengselet gir, og om oppgavene som helsepersonell her er tiltenkt. Det krever dessuten høy grad av etisk og faglig bevissthet for å kunne holde på sin faglige uavhengighet i møte med hensyn til straff, og for å kunne opptre og gjøre vurderinger uavhengig av at pasientene er mistenkt eller dømt for straffbare handlinger. Uten at helsepersonell har en slik klar rolleforståelse, er det stor fare for at innsattes rettigheter og helse ikke tas i forsvar og gjennom det ivaretas[12].

Det er derfor overraskende og bekymringsfullt at etikk ikke er nevnt i Nasjonalt faglig råd. Rolleforståelse i etisk vanskelige situasjoner nevnes, men uten at de omtales som fagetiske betraktinger eller settes i en etisk kontekst. Å løfte fagetiske avveininger og prinsipper ved å nevne dem, er viktig for at yrkesutøvere skal kjenne igjen situasjoner der etiske overveielser er relevant å trekke inn i vurderingen. Når fagetikk ikke nevnes i rådene, kan det kan bidra til å gjøre etiske problemstillinger mindre tydelige for leseren av rådene når fagetikken skal omsettes i praksis[13].

Anbefalinger

Fengselet er et spesielt sted å arbeide. Tjenesten og deres ansatte må i større grad enn i dag kunne utveksle kunnskap og erfaringer med hverandre. Ansvaret for dette kan ikke legges på kommunene med fengsel, men må tas på nasjonalt nivå.

Helsedirektoratet bør ta initiativ til felles læringsarenaer for ansatte i fengselshelsetjenesten på tvers av kommunene, og til å bedre opplæringen spesielt rettet mot helsepersonell i fengsel på nasjonalt plan.

---

[11] Stadfestet av Høyesterett i 1977, og fastsatt i forarbeidene til ny straffelov (Kinander, 2013, s. 157). De som straffes er ment å lide (Christie, 1981, s. 16; Schaanning, 2002, s. 202, repetisjoner av formuleringen kan føres tilbake til år 1767, se Flaatten 2014; Andenæs, 1962, s. 332).

[12] Rua, M., 2012, Rua, M. 2015 og Rua, M. (2013). Ballen som ingen vil ta. *Tidsskrift for Den norske legeforening,* 133(1), 124.

[13] Som for eksempel under rådet «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal følge opp innsatte ved bruk av sikkerhetscelle/sikkerhetsseng», der det står at «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal ikke ha noen rolle i beslutningen om bruk av sikkerhetscelle/sikkerhetsseng.»

Nasjonalt faglig råd bør belyse de profesjonsetiske og helsepolitiske hensynene og prinsippene som ligger til grunn for organiseringen av fengselshelsetjenesten i Norge[14], samt de internasjonale kravene og føringene på området[15].

2.2 Behovet for kunnskap for å forebygge isolasjon og isolasjonsskader

Nasjonalt faglig råd for fengselshelsetjenesten bør sikre og følges opp av økt innsats for å styrke kunnskapen blant helsepersonell om vanlige stressreaksjoner og helseskade ved isolasjon, samt eksisterende og mulige skadereduserende tiltak og tilnærminger.

Bakgrunn: Kunnskap forebygger isolasjon og isolasjonsskader

Sivilombudets vurdering i Særskilt melding er at det er alvorlige mangler i norsk fengselshelsetjeneste hva gjelder systematikk i tilsynet med og oppfølgingen av isolerte, samt i kunnskapen om isolasjonens effekter og hvordan de best kan møtes. Sivilombudet finner blant annet at «Det er også klare mangler i helsepersonells kompetanse om skadevirkninger av mangel på menneskelig kontakt, og manglende kompetanse om oppfølging for å forebygge eller avhjelpe slike skader.» (Særskilt melding, s. 8). Disse manglene representerer klare brudd på internasjonale minstestandarder for fangebehandling.

Det er behov for økt og jevnlig opprettholdelse/tilførsel av kunnskap om isolasjonens skadevirkninger blant ansatte i Kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten. Kriminalomsorgen har allerede gjort mye på dette området overfor sine ansatte. Det er særlig ansatte i fengselshelsetjenestene som mangler fagmiljøer og systematiske opplæringsprogrammer som setter dem bedre i stand til å føre tilsyn, oppdage skadevirkninger, lindre, rapportere og bidra med skadeforebygging og skadereduksjon på andre måter under og etter isolasjon fra sin særlige og uavhengige posisjon som ansatte i helsevesenet. Blant annet anbefaler FNs spesialrapportør mot tortur at innsatte bør vurderes av helsepersonell med særlig opplæring i å foreta vurderinger av psykisk helsetilstand[16].

Skadereduksjon og -forebygging foregår i et samarbeid mellom ansatte i Kriminalomsorgen og ansatte i disse tjenestene, og det bør derfor også mye av kompetansehevingen på området gjøre dersom samarbeidet om og oppfølgingen av isolerte skal bli bedre.

Anbefalinger

Helsedirektoratet bør innføre systematisk opplæring og videreutdanning om risikoene for fysisk og psykisk skadelige virkninger og stressreaksjoner ved isolasjon, samt om skadereduserende atferd og tiltak ved isolasjon[17], og kravene som stilles til helsepersonell ved isolasjon.

---

[14] Her tjener veilederen fra innføringen av Den norske importmodellen som et godt eksempel. Se Helsedirektoratet (1987): Faglig veileder for Fengselshelsetjenesten. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-87.
[15] Her er Sivilombudets rapporter og særskilte melding til Stortinget en god begynnelse.
[16] Méndez, Juan E., UN Special Rapporteur on Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, : note / by the Secretary-General, 2011, A/66/268, avsnitt 100.
[17] Se blant annet https://www.jus.uio.no/ikrs/forskning/aktuelle-saker/2019/isolert.html

Vi oppfordrer samtidig Helsedirektoratet til å initiere samarbeid med Kriminalomsorgsdirektoratet for opprettelsen av tiltak på nasjonalt nivå som kan forbedre kunnskapen og samarbeidet om skadereduksjon ved isolasjon mellom Kriminalomsorgen og helsetjenestene lokalt.

2.3 Internasjonale minstestandarder for fangebehandling

Nasjonalt faglig råd må følge internasjonale minstestandarder for fangebehandling. Dette inkluderer blant annet å gjengi dem i de faglige rådene i større grad enn det er gjort i utkastet, både samlet og på ulike områder der det er relevant.

Bakgrunn

Det er velkjent at hensynet til kontroll og sikkerhet på ulike måter går foran og på bekostning av de innsattes helsemessige interesser og rettigheter på daglig basis. Samtidig finnes det ikke rettspraksis eller nasjonale rettskilder for hvordan slike motsetninger mellom hensyn og lovverk (straffelovgivningen og helse- og omsorgslovgivningen) skal løses. Det vil si hvilke hensyn som skal veie tyngst, og i hvilke sammenhenger fengsledes rettigheter og hensynet til deres helse og behandling kan settes til side som følge av Kriminalomsorgens vurderinger og beslutninger.

Slik er det også i andre land, og det er derfor laget en rekke internasjonale avtaler og retningslinjer som skal sikre innsattes interesser og rettigheter når de er i fengsel. Internasjonale «soft law» på området som Norge har tilsluttet seg, bygger på menneskerettighetene og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK), der noen av reglene er absolutt ukrenkelige. Avtaleverket er likevel ikke bare et virkemiddel for å sikre sentrale prinsipper, men inneholder også en rekke konkrete og praktiske angivelser for hvordan de skal sikres i fengslene i hvert enkelt land.

Det følger av innledningen til De europeiske fengselsreglene at Ministerkomiteen ønsker at medlemslandene i Europarådet fortsetter å oppdatere og overholde felles prinsipper for deres fengselspolitikk, gjennom at felles, vedtatte anbefalinger på området veileder regjeringene i medlemslandene i deres lovgivning, retningslinjer og praksis. Vellykket implementering krever også at det sørges for at reglene blir oversatt og spredt så bredt som mulig og mer spesifikt blant rettsmyndigheter, ansatte i fengslene og individuelle fanger (Ministerkomiteen, 1. juli 2020). FNs Mandela-regler har tilsvarende ambisjon og angivelser, og har som De europeiske fengselsreglene kommenterte utgaver som skal bidra til å lette implementeringen. Det følger særlig av De europeiske fengselsreglene at landene selv må trekke inn reglene og den kommenterte utgaven i arbeidet med å implementere prinsippene i lovgivning, retningslinjer og praksis slik den er i det enkelte land. Norge har tilsluttet seg De europeiske fengselsreglene, uten å be om unntak fra deler av dem. Den norske regjeringen, og myndigheter regjeringen har delegert oppgaver til, har med det forpliktet seg til å oppfylle Europarådets ambisjoner og formål med De europeiske fengselsreglene som en minstestandard for fangebehandling i Europa.

Vi minner om at Sivilombudet påpeker at etterlevelsen av internasjonale minstestandarder for fangebehandling er viktig for å sikre at behandlingen av fengslede skjer i tråd med menneskerettighetene,

særlig for å forebygge krenkelser av det absolutte forbudet mot tortur og umenneskelig behandling (Særskilt melding, s. 23). Minstestandardene er blant annet ment for å verne fangers rettigheter, ikke minst retten til liv og helse når de er på sitt mest sårbare og samtidig minst i stand til å ivareta seg selv og sine rettigheter. De europeiske minstestandardene få mye større plass i Nasjonalt faglig råd, dersom vi skal fortsette å si at rehabilitering er straffens hovedformål, ifølge JussBuss[18].

Implementering i praksis innebærer først og fremst at reglene og rettighetene de angir for de innsatte er kjent for dem som skal ivareta deres helsemessige rettigheter og interesser. Uten slik kunnskap, har ansatte i fengselshelsetjenesten lite å støtte seg til når Kriminalomsorgens ansatte tar beslutninger som påvirker de innsattes helseinteresser negativt. I tillegg kommer at både domstolene og Sivilombudets torturforebyggingsenhet måler fengslenes og fengselshelseavdelingenes oppfyllelse av menneskerettigheter og internasjonale minstestandarder. Disse må derfor få mye større plass i gjøres kjent blant ansatte for at de skal kunne implementeres og oppfylles.

Det er derfor uheldig at De faglige rådene ikke tydelig opplyser klart om, eller i tilstrekkelig grad gjengir internasjonale minstestandarder hva gjelder de innsattes helserettigheter, helsepersonells oppgaver, plikter og ansvar og hvordan fengslene skal forholde seg til disse mer gjennomgående.

Det er også uheldig at Helsedirektoratet viser til en gammel versjon av De europeiske fengselsreglene (s. 9, 25 og 68 i PDF-versjon).

Anbefalinger

Vi vil på det sterkeste anbefale at Nasjonalt faglig råd gjengir de innsattes helserettigheter, helsepersonells oppgaver, plikter og ansvar og hvordan fengslene skal forholde seg til disse i samarbeidet om innsattes helse, slik disse er beskrevet i internasjonale minstestandarder, og da særlig Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene. Disse minstestandardene hviler og peker på andre rekommandasjoner som vedrører innsattes helse, som også bør trekkes inn der det er relevant.

Helsedirektoratet bør gjøre seg kjent med de veiledende tekstene for implementering av Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene, som gir gode råd for hvordan reglene skal tolkes og omdannes til praksis[19].

Helsedirektoratet må sikre at Nasjonalt faglig råd lenker til riktig versjon av De europeiske fengselsreglene[20].

---

[18] https://bit.ly/Juristen_2021_12-Norge-følger-ikke-de-europeiske-fengselsreglene

[19] *CoE-PRI - EPR Guidance Document on the European Prison Rules og OSCE-ODIHR - PRI Guidance Document on the Nelson Mandela Rules.*

[20] Den er å finne her: https://rm.coe.int/09000016809ee581

Det er per nå mangler i implementeringen av både Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene hva gjelder oversettelse og distribusjon av reglene til ansatte og innsatte i fengslene som denne etter reglene forutsetter[21]. Vi oppfordrer Helsedirektoratet til å initiere arbeid for å få dette på plass i samarbeid med Justis- og beredskapsdepartementet og Kriminalomsorgsdirektoratet.

2.4 Varsling og håndtering av varsling ved skadelige soningsforhold

Nasjonalt faglige råd må følge og gjengi internasjonale minstestandarders regler for håndtering av varsling om helseskadelige soningsforhold til Kriminalomsorgen.

Bakgrunn: Ansvarsforhold, tjenestelinjer og tidsaspektet ved varsling

Ang. rådet: «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal melde til kriminalomsorgen dersom innsattes soningsforhold er helseskadelige og tilgang til helse- og omsorgstjenester ikke er dekket» og det tilhørende «Råd om melding av helseskadelige soningsforhold».

Det er bra at det gis eksempler på helseskadelige soningsforhold som helsepersonell skal følge med på og evt. rapportere om, men listen er ikke uttømmende og ikke så konkret som den bør være og er i internasjonale minstestandarder for fangebehandling. Det er uheldig, da helsepersonell har behov for å vite hvilke helsetjenester og folkehelsemessige tiltak innsatte har rett til å ha tilgjengelig, og med så konkrete angivelser som mulig hvilke forhold av helsemessig betydning de skal sikre at møter kravene i disse minstestandardene. Sivilombudet formidler fra sine fengselsbesøk at: «Mange innsatte vi møter på restriktive avdelinger, sitter på celler der gardinene er trukket for, lyset er slått av midt på dagen og renhold og hygiene er dårlig. Dette er forhold som gir bekymring for negative virkninger av isolasjon, men som vi i noen fengsler ser liten bevissthet om.» (Særskilt melding, s. 50).

Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene gir konkrete angivelser på dette området, blant annet sier regel nr. 44 i De europeiske fengselsreglene at:

> *44. The medical practitioner or other competent authority shall regularly inspect, collectinformation by other means if appropriate and advise the director upon:*
> *a. the quantity, quality, preparation and serving of food and water;*
> *b. the hygiene and cleanliness of the institution and prisoners;*
> *c. the sanitation, heating, lighting and ventilation of the institution; and*
> *d. the suitability and cleanliness of the prisoners' clothing and bedding.*

Sivilombudet har ved en rekke tilfeller besøkt celler der isolerte innsatte lever under svært kritikkverdige forhold. Sivilombudet reiser derfor spørsmål ved tilsynet på de ovennevnte områdene i Særskilt melding (blant annet s. 57): «Flere steder har vi besøkt celler til isolerte innsatte som verken syntes å ha fått

[21] Se også Penal Reform International and the Council of Europe, 2023. *CoE-PRI - EPR Guidance Document on the European Prison Rules.* Hague/Strasbourg, PRI, 2018. *Guidance Document on the Nelson Mandela Rules. OSCE Office for Democratic Institutions and Human Rights (ODIHR) and Penal Reform International (PRI).*

tilstrekkelig oppfølging og ivaretakelse av fengselet eller helsetjenesten når det gjaldt renhold og hygiene. Resultatet er at innsatte soner under svært uverdige og potensielt helseskadelige forhold.»

Nasjonalt faglig råd råder den kommunale helse- og omsorgstjenesten til å drøfte helseskadelige soningsforhold med kriminalomsorgen og forsøke å finne løsninger på lokalt nivå. Videre står det:

«Dersom de ikke kommer frem til en løsning meldes forholdet til Statsforvalteren (lovdata.no). Det bes om en forsvarlighetsvurdering. Dersom Statsforvalteren er enig i kommunens vurdering og fengselsledelsen opprettholder sin vurdering, sendes saken til det regionale kriminalomsorgskontoret for endelig avgjørelse. Det er i tråd med det europeiske fengselsregelverket.»

Dette er ikke riktig, og det er meget uheldig dersom dette blir stående.

Helsedirektoratet gir her Kriminalomsorgen myndighet til å avgjøre saker om innsattes helse uten å stille krav til at beslutningstakeren har medisinsk kompetanse. Dette er et klart brudd på nasjonalt og internasjonalt lovverk og retningslinjer, og sentrale prinsipper i norsk kriminal- og helsepolitikk[22]. Det er likevel linjevalget og mangelen på tidsfrister, også i akutte tilfeller, i slike saker det er knyttet størst problemer til her, og som klarest bryter med internasjonale minstestandarder på området[23].

Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene gir Kriminalomsorgen ved fengselslederen ansvaret for umiddelbart å løfte saken på høyere nivå dersom vedkommende er uenig med medisinsk- eller helsefaglige vurderinger vedrørende innsattes helse.

De europeiske fengselsreglene sier at:

> *45.1 The director shall consider the reports and advice that the medical practitioner or other competent authority submits according to Rules 43 and 44 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.*

Mandela-reglene sier at:

> *35.2 The prison director shall take into consideration the advice and reports provided in accordance with paragraph 1 of this rule and rule 33 and shall take immediate steps to give effect to the advice and the recommendations in the reports. If the advice or recommendations do not fall within the prison director's competence or if he or she does not concur with them, the director shall*

[22] Rua, M. (2013). Annen helsestandard for fanger, Kronikk. Dagbladet, s. 50-51.
[23] Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

> *immediately submit to a higher authority his or her own report and the advice or recommendations of the physician or competent public health body.*

Hva denne høyere myndigheten er, avhenger av det substansielle innholdet i anbefalingen og organiseringen av justis- og helsesektoren i det aktuelle medlemslandet. Det følger likevel klart av kravet til bl.a. likeverdige helsetjenester i minstestandardene at beslutningen må fattes av en person som har medisinskfaglig kompetanse til å vurdere saken. Forløpet i prosessen må også møte kravet om rask handling uten unødig opphold, slik at akutte situasjoner ikke får utvikle seg i ytterligere negativ retning, gjøre uopprettelig skade eller forvolde død.

Etter minstestandardene skal helsepersonell varsle Kriminalomsorgen ved fengselsleder dersom forhold ved fengselet gjør det vanskelig å ivareta innsattes helse både i akutte og i mindre akutte situasjoner. Dette følger av det overordnede og selvstendige ansvaret helsetjenesten har for at tjenestene som ytes er lik dem som den øvrige befolkningen mottar, og at grunnleggende behov for næring, hygiene osv. dekkes. På den ene siden, gjelder varsling for akutte tilfeller av alvorlig helsefare bl.a. ved isolasjon. På den andre, gjelder det for tilfeller av mer systematiske hindre som pågår over tid. Her behøver ikke forholdene representere helsefare, men kan likevel være av stor betydning for den enkelte eller innebære uante, alvorlige konsekvenser senere. Det kan naturligvis være nødvendig og/eller påkrevet også å varsle tjenestevei/i helselinja, dvs. til Helsetilsynet eller Statsforvalteren, avhengig av sakens karakter. Disse har imidlertid ikke myndighet til å instruere eller veilede fengselslederen som i første omgang er varslet, eller Kriminalomsorgens øvrige nivåer for øvrig.

Ved å gi fengselslederen ansvaret for å løfte saken på et høyere nivå, innebærer Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene at vanskeligheter med å ivareta innsattes helse som følge av fengselets vurderinger og beslutninger plasseres på riktig sted og ikke minst synliggjøres for Kriminalomsorgen. Minstestandardene fordrer også umiddelbar handlingsplikt, slik at årsakene kan identifiseres, tiltak initieres og gjennomføring sikres på en tidsadekvat måte.

Flaskehalsen kan i slike situasjoner ligge i statlige og kommunale etater som ligger utenfor Kriminalomsorgens ansvarsområde og beslutningsmyndighet, som psykiatrien eller rettsvesenet. For eksempel er det varetektinnsatte som blir holdt isolert over mange måneder mens de stadig blir sykere i påvente av for eksempel rettspsykiatrisk vurdering. I slike situasjoner står ansatte i fengsels- og helseavdelingene maktesløse tilbake mens de bevitner at den isolerte utvikler alvorlige isolasjonsskader, fordi de ikke selv har myndighet til å gjøre noe med årsaken til situasjonen.

Når De europeiske fengselsreglene og Mandela-reglene gir fengselslederen ansvaret for å løfte saken til et høyere nivå, gir det derimot fengselslederen anledning til å adressere problemet til personer på nivåer med langt større mulighet til å ta tak i saken. Hvilke og hvilket nivå av offentlige etater som deretter skal kontaktes, og hvordan problemet skal løses, vil imidlertid variere fra sak til sak. Fokuset må være raskt å koordinere aktører og tiltak på tvers at statlige etater til beste for den innsatte.

Poenget er, som Sivilombudet også påpeker, at det er et «samlet ansvar for kriminalomsorgen og helsetjenesten å sikre at innsatte mottar den helsehjelpen vedkommende trenger og har rett på. Det er viktig at dette ansvaret ikke pulveriseres som følge av ansvarsfordelingen mellom dem.» (Særskilt melding, s. 70). Målet med klare rammer for ansvar i tilfeller av enten uenighet rundt medisinsk- eller helsefaglige råd og rapporter, eller skadelige soningsforhold det er vanskelig å finne løsninger på for Kriminalomsorgen lokalt, er godt samarbeid som *ikke går på bekostning av eller står i konflikt med innsattes rettigheter og helseinteresser.*

Av samme grunn ble den norske importmodellen innført i 1986-87. De skjedde samtidig med at det daværende Sosial- og helsedirektoratet gjennomgående understreket legens rolle som innsattes «advokat i helsespørsmål»[24]. Om helsepersonell derimot ikke tar hensynet til den innsattes helse i forsvar, er det den innsatte som lider under dette. Det er fordi fengselet først og fremst har som oppgave å holde ro, orden og sikkerhet. Kriminalomsorgen må på sin side kunne ivareta dette samfunnsoppdraget, i trygg forvissning om at helsetjenestene ivaretar sitt. Kriminalomsorgen er også avhengig av at helsepersonell varsler om det når fengselshensyn får for store konsekvenser for innsattes helse for å kunne unngå fatale utfall av skadelig isolasjon, der det verst tenkelige er selvmord.

Da Helsedirektoratet lanserte den særnorske fremgangsmåten for håndtering av varsling for første gang i forbindelse med forslag til revidert Veileder for fengselshelsetjenesten i 2012, skapte det mange reaksjoner fra rettspolitiske aktører og medisinske, juridiske og samfunnsvitenskapelige fagmiljøer, blant dem Den norske legeforening. Kritikken gikk ut på at legen ble gitt ansvaret for å dra saken videre til helsebyråkratiet, i en prosess gjennom ulike tjenestelinjer i forvaltningen, og uten tidsfrister – heller ikke i akutte tilfeller[25]. Tilbakemeldinger fra praksiserfaringer i fengselshelseavdelingene i dag, tyder på at melding til kommunen og/eller til Statsforvalteren eller Helsetilsynet ikke nødvendigvis er eller oppfattes som hjelpsom, heller ikke i tilfeller der tjenestene faktisk melder inn saker. Saksbehandlingen tar dessuten lang tid, og gjør det bortkastet å følge slike varslingsspor i akutte situasjoner. Det kan synes som om slike meldinger oppfattes som en formalitet som helseavdelingene først og fremst sender med håp om at det på en eller annen måte kan endre noe på lang sikt. De vet samtidig at instansene de melder til, ikke har myndighet til å pålegge Kriminalomsorgen noe. I praksis betyr dette at det ikke er lag til rette for varsling, med de konsekvensene som ligger i dette for både innsatte og ansatte.

En gruppe fengselsleger skrev i 2013 at alvorlig syke innsattes rettssikkerhet ikke var sikret med den reviderte veilederen for fengselshelsetjenesten, og minte om at det for den enkelte innsatte kan være et

[24] Helsedirektoratet (1987): Faglig veileder for Fengselshelsetjensten. Helsedirektoratets veiledningsserie 3-87, s. 2, 4, 11, 12 og 18. Advokatbegrepet og tilsvarende terminologi har endret seg i senere revisjoner, se Rua, 2012, s. 65-69 og Rua, 2015.

[25] Se Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi* (s. 220-250). Oslo: Cappelen Damm Akademisk

spørsmål om liv og død[26]. I de ti årene som er gått etter at legene ga denne alvorlige advarselen, har dessverre gitt en rekke eksempler på at de hadde rett.

Påstanden om at beskrivelsen av fremgangsmåten ved varsling om helseskadelige soningsforhold «er i tråd med det europeiske fengselsregelverket» (PDF-versjon av Nasjonalt faglig råd, s. 8), ble ettertrykkelig tilbakevist under og i forbindelse med høringen i 2012[27]. Denne kritiske påpekningen er dessuten gjentatt en rekke ganger siden. Norge har ikke reservert seg fra deler av reglene slik det er anledning til (se for eksempel Danmarks reservasjon nevnt på s. 29). Kriminalomsorgen har heller ikke bedt om dette, men lenker i stedet til reglene på sine nettsider og har integrert dem i interne styringsdokumenter (se blant annet «Yrkesetiske retningslinjer for Kriminalomsorgen»). Det er derfor vanskelig å se hva slags hensyn som ligger til grunn for å heve seg over reglene, eller lage egne løsninger som avviker fra dem på grunnleggende måter.

Alvoret i situasjonene det er snakk om, og som de aktuelle reglene i Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene er ment å bane vei for å løse, ligger i at helsepersonell ser eller bekymrer seg for fare for innsattes liv eller helse som følge av soningsforhold. Når det samtidig, siden 2009, ikke har vært gjort forsøk på å imøtegå den gjennomgående kritikken av at Helsedirektoratet ikke følger reglene, er det mildt sagt overraskende at feilen ikke er rettet i forbindelse med utarbeidelsen av erstatningen for veilederen av 2013. Dersom Helsedirektoratet lar feilen bli stående urettet, vil det samtidig gi svært uheldige signaler både internt i Norge og til våre internasjonale samarbeidspartnere, og vil kunne oppfattes som et bidrag til å undergrave internasjonalt samarbeid, internasjonalt reformarbeid og den rettslige utviklingen på området.

Anbefalinger

Etter Norges tilslutning til gjeldende internasjonal «soft law» på området, må Nasjonalt faglig råd gjengi de konkrete forholdene ved fengselet som helsepersonell skal føre tilsyn med og rapportere om etter internasjonale minstestandarder, og med klar henvisning til disse (se særlig regel nr. 44 i De europeiske fengselsreglene og regel nr. 35.1 i Mandela-reglene).

Etter Norges tilslutning til gjeldende internasjonal «soft law» på området, må Helsedirektoratet i «Råd om melding av helseskadelige soningsforhold» legge seg på linje med og gjengi fremgangsmåten ved varsling som er angitt i De europeiske fengselsreglene (regel nr. 45.1 og 45.2) og Mandela-reglene (regel nr. 35.2). Nasjonalt faglig råd er ikke i tråd med disse reglene slik utkastet er utformet i dag.

---

[26] «Hvor vondt skal det gjøre?», kronikk av Karlsen, K, L'abée-Lund, H. K. og Wedervan-Resell, i Klassekampen 05.02.2013, s. 21.

[27] Høringen i 2012 og den påfølgende debatten om Helsedirektoratets veileder for fengselshelsetjenesten i 2013, det vil si veilederen som Nasjonalt faglig råd skal erstatte. Høringsprosessen og kritikken er beskrevet i Rua, M. (2015). Fengselsisolasjon. Forskning og formidling i et minefelt. I K. Widerberg (red.), *I hjertet av velferdsstaten. En invitasjon til institusjonell etnografi*. Oslo: Cappelen Damm Akademisk. URL: https://bit.ly/Rua_2015

Nasjonalt faglig råd bør beskrive også andre tilgjengelige varslingsspor, med eksempler på når disse er relevante å ta i bruk *i stedet for* eller *som et tillegg til* varslingssporet som er angitt i internasjonale minstestandarder for fangebehandling.

3. Merknader til 4. Varetekt

3.1 Fastleger og enkelte medisinske preparater er lite tilgjengelige for varetekstinnsatte

Ang. rådet: «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal, sammen med kriminalomsorgen, bidra til at varetektsfengslede kan få besøk av egen fastlege/tannlege»

Nasjonalt faglig råd gjenspeiler ikke hvor vanskelig det i praksis er å få tilgang til fastlege under varetekt. Problemer som oppstår der fastlege skriver ut legemidler kommenteres heller ikke.

Bakgrunn

Varetektsfengsledes tilgang på fastlege er begrenset av flere forhold: Det kan være vanskelig å få fremstilling som følge av bemanningssituasjonen på det aktuelle tidspunktet. Det tar tid, og tidvis svært lang tid, å få sikkerhetsklarert fastleger for konsultasjon inne i fengselet. Hensyn til arbeidspress og andre vurderinger kan gjøre det vanskelig å få leger til å komme til fengselet. Fastleger får i dag heller ikke beskjed dersom en av deres pasienter fengsles.

Tilgangen kan imidlertid bli svært mye bedre gjennom bruk av digitale løsninger. Dette vil også kunne spare Kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og fastlegene for betydelige ressurser.

Vi viser til formuleringen: «Fastlegen har ansvar for videre vurdering, behandling og eventuelt forskriving av legemidler.» Det er imidlertid ikke gitt at legemidlene fastlegen foreskriver vil tillates at tas i bruk. Praksisen rundt hvilke medisiner innsatte får bruke, synes å variere mellom ulike fengsler. Det er derfor bra at Helsedirektoratet beskriver klart hva som skal gjelde rundt legemidler. Det ville imidlertid vært en fordel om det vises til dette punktet i herværende råd (der fastlegens rolle under varetekt beskrives, og som derfor er det mest naturlige stedet for fastleger å oppsøke råd dersom en pasient er varetektsfengslet).

Anbefalinger

Helsedirektoratet bør sikre at fastleger kan gjennomføre konsultasjon med varetektsfengslede pasienter via digitale løsninger.

Det bør angis eller pekes til retningslinjer for foreskriving av medisiner fra fastlege (s. 60 i PDF-versjon) i herværende råd om varetekt.

4. Merknader til 5. Innsattes rettigheter

Ang. råd: «Innsatte skal ha tilbud om nødvendige og forsvarlige helse- og omsorgstjenester, motta informasjon, medvirke i egne tjenester og ha klagerett».

4.1 Behovet for mer og systematisk brukermedvirkning

Det er behov for mer brukermedvirkning både lokalt i fengslene og i endringsprosesser som berører de innsatte på nasjonalt nivå. Et mer systematisk arbeid for brukermedvirkning og gode arenaer for samarbeid mellom fengselshelsetjenesten og brukerne må sikres gjennom initiativer fra nasjonale helsemyndigheter.

Bakgrunn: Dagens fortolkninger av og praksis rundt brukermedvirkning

Det er bred enighet i Norge om at endringsprosesser blir bedre av å involvere de berørte, noe som viser seg i institusjonaliserte ordninger for dette på en rekke samfunnsområder og på tvers av offentlige sektorer og nivåer, ikke minst i helsevesenet. Det er derfor av prinsipiell og samfunnsmessig betydning å reflektere over hva som gjør at det til nå ikke er kommet på plass gode ordninger som sikrer at innsatte tilkjennes sine demokratiske og helserettslige rettigheter til brukermedvirkning, på lik linje med andre, i endringsprosesser som angår dem.

Staten bærer et særlig ansvar for å beskytte mennesker mot krenkelser og umenneskelig behandling, og deres rettigheter og interesser, når de oppholder seg i institusjoner hvor det er gitt vide fullmakter til makbruk og inngripende tvangsmidler. Myndighetene bør derfor legge spesielt stor vekt på å la dem som utsettes for disse maktmidlene få anledning til å gi sitt syn på dem, og lytte til hva de har å si. Her er de innsatte dessuten en viktig ressurs og kilde til læring for både myndigheter og lokale tjenesteutøvere, med sin erfaringsbaserte kunnskap og sitt engasjement for forbedringer. Involvering av innsatte og andre marginaliserte grupper i endringsprosesser, representerer også positive muligheter for anerkjennelse og mestring i et rehabiliteringsperspektiv. Den vil dessuten være i tråd med allmenne politiske prinsipper for demokratisk deltakelse og brukermedvirkning, de innsattes individuelle rettigheter som borgere etter rettighetsprinsippet,[28] samt det overordnede formålet med pasient- og brukerrettighetsloven kap. 3.

Anbefalinger

Helsedirektoratet bør utarbeide klare retningslinjer og rutiner som sikrer at innsatte i norske fengsler får anledning til å uttale seg i endringsprosesser som berører dem. Slike retningslinjer må ta hensyn til, og beskrive tilretteleggingsløsninger for, hindrene for slik demokratisk deltakelse som særskilt gjelder for frihetsberøvede i fengsel.

Vi mener at invitasjon og høringsnotat i fremtidige høringer bør sendes på papir til medlemmene av kontaktutvalgene lokalt i Kriminalomsorgen. Det er fordi de som tillitsvalgte representerer de innsatte som gruppe lokalt, der til dels store variasjoner mellom fengslene på ulike områder gir ulike lokale erfaringer.

[28] Vedeler, G. H. (1973). Frihetsstraffens innhold – betraktninger om fangers rettigheter og fengslets forpliktelser. Lov og Rett, 31-46.

Kontaktutvalgene som lokalt tillitsapparat utgjør dessuten fangerepresentasjon som ikke kan erstattes av organisasjoner som arbeider for innsattes interesser generelt.

Et eksemplar av invitasjon og høringsnotat bør også gjøres tilgjengelig på papir i fellesområdene i alle avdelinger, samt for innsatte i avdelinger som ikke har fellesområder, slik at den enkelte kan få kjennskap til sin mulighet til å uttale seg uavhengig av vedkommendes relasjon til avdelingens tillitsvalgte, eller til annen form for representasjon via bruker- og pasientorganisasjoner. Dette fordi de innsatte har svært begrenset tilgang til sosiale og redaksjonelle medier, informasjon fra bruker- og pasientorganisasjoner, og ikke minst til internett og relevante nettsider.

Retningslinjene må sørge for at innsatte som ønsker å benytte retten til å uttale seg, får tillatelse til å bruke fengslenes utlåns-PC-er. I tillegg må restriksjoner på tilgang til høringssidene på internett heves i høringsperioden, slik at de innsatte har lik tilgang på høringsdokumentene og kan levere høringssvar slik alle andre kan. Fristen de innsatte får, bør være i rimelig tid og følge gjeldende regler for høringer.

Vi viser for øvrig til Sivilombudets anmodning på dette området (punkt 3. s. 5 og 6 i ombudets uttalelse i høringen).

Helsedirektoratet bør også sikre at brukermedvirkning blir en integrert del av fengselshelseavdelingenes drift på en mer systematisk måte enn den er i dag, bl.a. gjennom etableringen av arenaer for samarbeid mellom fengselshelseavdelingen og brukerne.

Her viser vi til etableringen av et brukerråd i Oslo fengsel. Tiltaket synes å tilby et meget godt og høyst overførbart rammeverk for samarbeid mellom tjenesten og brukerne lokalt, som utgjør en ressurs for både ansatte og innsatte.[29] De nye faglige rådene representerer en uvurderlig anledning til å sørge for at brukerråd etableres i alle fengsler i Norge.

4.2 Nasjonalt faglig råd bør gjøres tilgjengelige for innsatte

Skandinavisk isolasjonsnettverk anbefaler sterkt at Nasjonalt faglig råd for fengselshelsetjenesten gjøres tilgjengelig for de innsatte.

Bakgrunn: Kunnskap om helsetjenesten styrker innsattes rettssikkerhet og helsekompetanse

Innsatte i norske fengsler har svært dårlig tilgang på internett og andre kilder til informasjon om sine helse- og omsorgsrettigheter, tjenestetilbud, oppslagsverk og annen helseinformasjon. De har for eksempel ikke tilgang til internettsidene til Helsedirektoratet, NAV, Sivilombudet, brukerorganisasjoner osv. I tillegg kommer at de ikke selv kan oppsøke helseaktører utenfor fengslene fritt, slik andre borgere kan.

[29] Se Sønderland, I. (2023). "Å samskape helsetjenester". *Kritisk Juss*, 49(1-2), s. 20–26. https://doi.org/10.18261/kj.49.1.4 Artikkelen er skrevet av teamlederen i helseavdelingen ved Oslo fengsel, og er et praksisnært og i denne sammenhengen svært nyttig innspill til og fra praksisfeltet.

Dette er blant grunnene til at innsatte er betydelig forhindret fra å være aktive deltakere i egen helse og behandling. Vi viser til Helsedirektoratets mål om å heve helsekompetansen i befolkningen, det vil si «personers evne til å finne, forstå, vurdere og anvende helseinformasjon for å kunne treffe kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse. Det gjelder både beslutninger knyttet til livsstilsvalg, sykdomsforebyggende tiltak, egenmestring av sykdom og bruk av helse- og omsorgstjenesten.»[30] Dette krever spesiell tilrettelegging dersom målet skal forfølges også overfor fangepopulasjonen.

Anbefalinger

Helsedirektoratet bør sørge for at Faglige råd for fengselshelsetjenesten gjøres tilgjengelige for innsatte i norske fengsler gjennom å trykke en papirutgave. Denne bør være godt tilgjengelig for de innsatte i alle fengselsavdelinger, i bibliotekene og i fengselshelseavdelingene.

4.3 Behov for nasjonalt tilsyn av fengselshelsetjenesten

Behovet for et landsomfattende tilsyn av fengselshelsetjenesten er påtrengende.

Bakgrunn: Tilsyn vil bidra til forbedring og fokus på fengselshelsetjenesten

Det er ikke gjennomført noe landsomfattende tilsyn av fengselshelsetjenesten siden 2001. Sivilombudet har samtidig avdekket en rekke bekymringsfulle og til dels svært kritikkverdige forhold i fengselshelsetjenester på lokalt nivå gjennom sine fengselsbesøk siden Forebyggingsenheten ble opprettet i 2014. En av hovedkonklusjonene til Sivilombudet i Særskilt melding er også at helse- og omsorgstjenestene til isolerte innsatte må styrkes. Formålet med et landsomfattende tilsyn er å avdekke svikt og bidra til forbedring, og å skape nasjonal oppmerksomhet om området.[31] Det er det stort behov for når det kommer til fengselshelse som fag- og praksisfelt.

Helsevesenet har samtidig utviklet seg enormt på en rekke områder gjennom de siste 20 årene, der ny kunnskap, nye behandlingsformer og ikke minst ny helse- og velferdsteknologi kommer den generelle befolkningen til gode. Fangebefolkningen er ikke på langt nær tilkjent godene ved denne utviklingen. Ansatte i fengselshelseavdelingene strever samtidig i stadig større grad med å henge med og kople seg på digitale løsninger på utsiden av murene.

Sist vil vi påpeke at fengselet ikke er en helseinstitusjon. Det er likevel grunn til bekymring for at innsatte ikke får nødvendig og forsvarlig helsehjelp fordi andre offentlige aktører mer og mindre implisitt forutsetter at fengselet er en helse- og velferdsinstitusjon. Det er f.eks. mange eksempler på at innsatte som ellers ikke ville vært regnet som friske nok for å skrives ut og sendes hjem overføres fra psykiatrien til fengsel etter meget korte opphold, eller på at selvmordsnære mistenkte eller siktede besluttes varetektsinnsatt og/eller isolert, fordi det antas at vedkommende vil få god helseoppfølging i fengselet, uten at dette nødvendigvis er mulig å gi etter forholdene der.

---

[30] https://www.helsedirektoratet.no/tema/helsekompetanse/helsekompetanse
[31] www.helsetilsynet.no/tilsyn/landsomfattende-tilsyn/

Anbefalinger

Helsedirektoratet bør anmode om nasjonalt tilsyn med fengselshelsetjenestene.

Utover særlig å undersøke områder der Helsetilsynet og Sivilombudet har funnet svikt og mangler i tidligere rapporter, bør tilsynet rette spesiell oppmerksomhet mot de områdene der fengselshelsetjenestene forhindres fra å tilby behandling og tilrettelegging på lik linje med øvrig helsetjeneste som følge av:

i) **den digitale utviklingen i samfunnet generelt og helsevesenet spesielt og egen tilgang på teknologi,**
ii) **ressurssituasjonen generelt og som følge av isolasjon spesielt,**
iii) **vurderinger og beslutninger i Kriminalomsorgen,**
iv) **vurderinger og beslutninger i øvrige helse- og omsorgstjenester på ulike nivåer.**

5. Merknader til 9. Helsepersonellets ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetsseng

Sivilombudet etterlyser i Særskilt melding til Stortinget (2019) klare føringer for helsepersonells ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetsseng, og det er positivt at Nasjonalt faglig råd gir slike. Føringene må imidlertid være i tråd med internasjonale minstestandarder på området, jfr. punkt 1.4 over. De bør også i større grad komme på linje med lovgivingen for tvangstiltak i psykiatrien () og lovendringene som er foreslått for helsepersonells oppfølging av isolerte i straffegjennomføringsloven.

5.1 Behovet for å styrke beskyttelsen av innsatte i sikkerhetscelle/sikkerhetsseng

Ang. rådet: «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal følge opp innsatte ved bruk av sikkerhetscelle/sikkerhetsseng».

Dagens regler for tilsyn er ikke tilstrekkelig egnet å ivareta innsattes grunnleggende rettigheter.

Bakgrunn

Vi finner det hensiktsmessig å bemerke at Sivilombudet har anbefalt en avvikling av bruk av sikkerhetsseng i fengsel. Diskusjonen om hvorvidt hjemmel for bruk av sikkerhetsseng skal videreføres pågår. I 2020 ble det også konstatert at en innsatt ble utsatt for brudd på Den europeiske menneskerettskonvensjonen art. 3 om forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdigende behandling eller straff. Dette som følge av utstrakt og under alle omstendigheter svært kritikkverdig bruk av sikkerhetsseng.

Begge disse forholdene understreker alvoret knyttet til bruk av dette tvangsmiddelet. Slik situasjonen er i dag, løper vi en skyhøy risiko for alvorlige menneskerettighetsbrudd i tilknytning til bruk av sikkerhetsseng. Det er derfor svært viktig at Nasjonalt faglig råd, i påvente av endelig konklusjon knyttet til hjemmel for bruk av sikkerhetsseng i fengsel, etablerer en overgangsordning. En slik overgangsordning må sikre en behandling av den som er underlagt bruk av sikkerhetsseng i fengsel, som er på linje med den behandlingen

man har krav på om man er underlagt bruk av sikkerhetsseng i psykiatrien. Ser man for eksempel til hjemmel for bruk av tvangsmidler i Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern § 4-8, finner man at denne i mye større grad enn straffegjennomføringsloven § 38 er egnet å ivareta sentrale rettssikkerhetsgarantier. Etter vårt syn gir psykisk helsevernloven § 4-8 et styrket vern på ulike nivåer, herunder reglene for tilsyn.

Det er på ingen måte mindre inngripende å ligge i belter på en sikkerhetsseng i fengsel enn på psykiatrisk post – om noe, så eksisterer det en høyere risiko for at bruk av sikkerhetsseng i fengsel vil kunne utgjøre et inngrep i strid med våre menneskerettslige forpliktelser.

Hva gjelder reglene for tilsyn av innsatte på sikkerhetsseng eller sikkerhetscelle, er kravet i dag at innsatte skal tilses av helsepersonell en gang daglig og minst én gang i timen av ansatte i fengselet. Når det gjelder kontinuerlig tilsyn skal slikt først iverksettes dersom situasjonen tilsier det[32]. Vi er av den oppfatning at dette på langt nær er tilstrekkelig egnet å ivareta og sikre den innsatte. Til sammenligning vil man etter phvl. § 4-8 avsnitt fire første setning ha krav på «kontinuerlig tilsyn fra pleiepersonell». Ved fastspenning er det i tillegg presisert at pleiepersonell skal oppholde seg i samme rom, med mindre pasienten motsetter seg dette. Helsepersonell har ansvar for den innsattes helse. Samtidig vet vi at både sikkerhetsseng og sikkerhetscelle benyttes for å unngå alvorlige tilfeller av selvskading og i ytterste konsekvens selvmord. Dette understreker behovet for helsepersonellets tilstedeværelse i tilfeller av bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle.

Videre finner vi det svært positivt at det prekære behovet for oppsøkende arbeid fra helsetjenesten nevnes, samt behovet for felles rutiner mellom helsetjeneste og kriminalomsorg. Vi mener imidlertid at dette er tiltak som må utformes som krav og plikter og ikke som bør-tiltak. Dersom vi skal lykkes i å sikre innsatte en reell adgang til lik helsehjelp slik de har krav på og en praksis som samsvarer med våre menneskerettslige forpliktelser, da *må* det foreligge felles rutiner mellom helsetjeneste og kriminalomsorg og helsetjenesten *må* arbeide oppsøkende.

Vi vil også bemerke at det under punktet som angir en begrunnelse i punkt 9, står presisert at: «Helsepersonell har en sentral rolle overfor innsatte ved bruk av sikkerhetsseng fordi begrunnelsen **ofte** er knyttet til selvskading og selvmordsrisiko» (vår utheving). Dette er noe misvisende, da begrunnelsen for bruk av sikkerhetsseng **skal** være knyttet til risiko for at innsatte påfører seg selv skade. Dette er presisert i den reviderte utgaven av retningslinjene til straffegjennomføringsloven, § 38. Helsepersonell har dermed en helt sentral rolle i ethvert tilfelle av bruk av sikkerhetsseng.

Dernest står det skrevet i høringsnotatet at «opphold i sikkerhetsseng ***kan*** utgjøre en form for isolasjon på grunn av manglende menneskelig kontakt». Dette er ikke riktig. Sikkerhetsseng **er** en form for isolasjon.

---

[32] Retningslinjer til straffegjennomføringsloven, revidert 15. mars 2019, lov- og forskriftsbestemmelser oppdatert 16. januar 2023, s. 6.

Isolasjon er først og fremst definert gjennom begrensninger på eller fravær av sosial meningsfull kontakt. Det er etter

Det følger av velbegrunnede, anerkjente, samt empirisk og teoretisk velfunderte fortolkninger på feltet at det ikke er mulig å sikre en innsatt på sikkerhetsseng sosial meningsfull kontakt som svarer til de krav som følger av definisjonen av isolasjon i internasjonale minstestandarder, samt deres kommenterte utgaver og tilhørende tolkningskilder.

Utover det gjennomgåtte slutter vi oss til Norsk forening for kriminalomsorg – KROM sin gjennomgang og kommentarer i sin helhet hva gjelder tilsyn fra helsepersonell.

Anbefalinger

Reglene for tilsyn med innsatte underlagt tvangstiltak må reguleres nøye, samt være grundig beskrevet i veileder. Tilsynet bør gjøres langt hyppigere ved sikkerhetscelle enn i dagens anbefaling, og være kontinuerlig ved bruk av sikkerhetsseng dersom pasienten ikke motsier seg dette.

Både regelverk, retningslinjer og tilknyttede rutiner må sikre likt vern til mennesker underlagt bruk av tvang, uavhengig av om man oppholder seg i fengsel eller psykiatri.

Tiltak for oppsøkende arbeid, hyppig eller kontinuerlig tilstedeværelse fra helsetjenesten og felles rutiner mellom helsetjeneste og kriminalomsorg, bør utformes som krav og plikter og ikke som «bør»-tiltak.

5.2 Behovet for økt bevissthet rundt helsepersonells rolle ved bruk av tvangsmidler

Det er behov for å styrke profesjonsforståelsen og -etikken ved bruk av tvangsmidler. Ved slik styrket forståelse blant yrkesutøvere i fengsel og ansatte i helse- og omsorgstjenesten, kan helsepersonell også i større grad enn i dag bidra til å forebygge krenkelser og skader ved tvangsmidler, samt potensielt sett redusere bruken av tvangsmidler i de krisepregede situasjonene de settes inn for å endre.

Begrunnelse

Ang. rådet: «Den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal følge opp innsatte som er isolert».

At tilsyn fra helsepersonell ikke er avhengig av og styres av innsattes eller kriminalomsorgens initiativ er en viktig presisering, dette gjelder også presisering knyttet til at fengselsbetjenter eller andre ikke kan erstatte tilsyn fra helsepersonell. Presiseringene kan imidlertid formuleres tydeligere. Budskapet kunne også blitt klarere og mer anvendelig dersom det var satt i en tydelig profesjonsetisk og faglig kontekst.

Etter gjeldene regelverk og praksis er det slik at det ikke ligger til fengselshelsetjenesten ansvarsområde å delta i vurderingen med hensyn til bruk av tvangsmidler etter straffegjennomføringsloven § 38. Det er imidlertid presisert at helsepersonellet i fengselet som kjenner den innsatte og forholdene i fengselet, kan, dersom det er hensiktsmessig, gi råd til eksternt helsepersonell eller Kriminalomsorgen.

Vi setter spørsmålstegn ved hvorvidt det er hensiktsmessig å holde fast ved dette utgangspunktet om at fengselshelsetjenesten ikke skal delta i en slik vurdering om bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle. Deler av begrunnelsen for importmodellen hva gjelder helsetjenester, var nettopp at helsepersonell skulle være innsattes advokat i helsespørsmål – og vi vet at beslutninger om bruk av sikkerhetsseng og sikkerhetscelle ofte tar opp i seg alvorlig helserelatert problematikk. Tvangsmidlene brukes i særlig krisepregede situasjoner, der den innsatte allerede ofte har kommunisert behov for hjelp på andre måter uten å oppfatte seg eller bli hørt eller forstått. Her kan helsepersonell bidra til å redusere bruk av tvangsmidler som innebære stor risiko for alvorlig skade og krenkelser, og som klart egner seg til å forverre helsetilstanden til den innsatte. Så lenge helsepersonell har det klart for seg, og gjør det tydelig for andre, at vedkommende ikke «klarerer» bruk av tvangsmidler, kan helsepersonell i slike situasjoner være ressurs gjennom å veilede i alternative, konfliktdempende og traumeorienterte tilnærminger i møte med psykisk eller emosjonelt ustabile og/eller hjelpetrengende innsatte.

Anbefaling

Helsedirektoratet oppfordres til å invitere Sivilombudet, menneskerettseksperter, relevante profesjonsetiske råd, forskere og andre fagfolk med kunnskap om profesjonsforståelse og -etikk under frihetsberøvelse, til en diskusjon om hvorvidt spørsmålet om helsepersonells rolle i beslutninger om tvangsmidler og isolasjon bør revurderes eller ikke.

5.3 Behovet for å gjengi og følge minstestandarder for tilsyn og varsling

Helsedirektoratet er som statlig virksomhet forpliktet av bindende regelverk på området, inkludert plikten til å verne retten til liv. Staten plikter også å ivareta den isolertes trygghet og helse. Uavhengig og helsefaglig betinget tilsyn under bruk av sikkerhetscelle/sikkerseng og annen isolasjon er sentralt for å unngå krenkelser, alvorlig skade og død. For dette bør Helsedirektoratet bruke, sitere fra og gjøre Mandela-reglene, De europeiske fengselsreglene og ikke minst Sivilombudets særskilte melding tilgjengelig i Nasjonalt faglig råd.

Bakgrunn

Isolasjon i fengsel er et av de mest inngripende maktmidlene den norske staten har til rådighet overfor enkeltindivider[33]. Isolasjon innebærer samtidig en kombinasjon av flere risikoelementer som forsterker hverandre: 1) isolasjonen innebærer alvorlig helse- og selvmordsrisiko, 2) den foregår bak lukkede dører og 3) den isolerte er frarøvet autonomi og fri tilgang til selv å oppsøke helsevesenet eller andre utenfor fengselet når isolasjonen blir vanskelig å bære alene. Det verst tenkelige utfallet av denne kombinasjonen er selvmord. Det hviler altså et tungt ansvar på staten for å ivareta den isolertes trygghet og helse, og for å sikre seg at isolasjon ikke ender i skade eller død. Den norske staten er her forpliktet til å verne retten til liv etter Grunnloven § 93, EMK artikkel 2, SP artikkel 6 og barnekonvensjonen artikkel 6. Retten til liv er ukrenkelig, og kan ikke settes til side av praktiske eller økonomiske hensyn etter EMK.

[33] Rua, M., & Smith, P. S. (2019). Forord. I M. Rua & P. S. Smith (red.), *Isolasjon – Et fengsel i fengselet* (s. 5-8). Oslo: Cappelen Damm Akademisk.

Staten har også en plikt til å beskytte innbyggernes helse. Det er samtidig bred enighet om at risikoen for alvorlig helseskade ved isolasjon er stor, og at den øker for hver dag som går. Samtidig kan velkjente stressreaksjoner og alvorlige helsemessige negative effekter av isolasjon være vanskelige å oppdage, ikke minst for fengselspersonell som står i et maktforhold til den isolerte og som oftest ikke har kompetanse til å gjøre helsefaglige vurderinger. Den isolerte er også avskåret fra fellesskap med medfanger, som derfor ikke kan følge med og varsle bekymring. Dette er grunnene til at uavhengig og helsefaglig betinget tilsyn under isolasjon er særlig viktig.

For å kunne varsle fare for liv og helse, må den oppdages. I en hektisk arbeidshverdag i fengslene krever dette klare instrukser som gir et systematisk blikk på områder der risikofaktorer er større enn andre. Isolasjon er et av dem. Vi tilslutter oss Sivilombudets vurdering av at det er alvorlige mangler i norsk fengselshelsetjeneste hva gjelder systematikk i tilsynet med og oppfølgingen av isolerte, samt i kunnskapen om isolasjonens effekter og hvordan de best kan møtes. Denne mangelen er et klart brudd på internasjonale minstestandarder for fangebehandling.

Derfor er det bra at Nasjonalt faglig råd gir klare anvisninger for tilsyn og varsling, og at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal melde til kriminalomsorgen hvis den isolerte tar skade av isolasjon. Råd om melding av helseskadelige soningsforhold er i midlertid utformet i klar strid med Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene (se punkt 1.4). Angivelsen av hva tilsynet skal gå ut på, og hva det som avdekkes skal lede til, kunne med fordel også vært langt klarere.

Sivilombudet gjengir sentrale regler og anbefalinger for dette:

> *Enhver skadelig virkning på den innsattes fysiske eller psykiske helse skal straks rapporteres til ledelsen. Helsepersonellet skal gi råd til ledelsen dersom de anser det nødvendig å avslutte tiltaket av helsemessige årsaker. De skal også ha myndighet til å gjennomgå regimet til innsatte som er ufrivillig utelukket fra fellesskapet for å sikre at utelukkelsen ikke forverrer en medisinsk tilstand eller funksjonsnedsettelse. Helsepersonell bør også undersøke de fysiske omgivelsene for isolerte innsatte, inkludert hygiene og renhold på cella, temperatur, lysforhold og ventilasjon samt innsattes mulighet til å ha fysisk aktivitet.* (Særskilt melding, s. 72)

Sivilombudets særskilte melding til Stortinget (2019) inneholder beskrivelser av særlig sårbare innsatte og situasjoner som krever ekstra oppmerksomhet fra helsepersonell. Den inneholder også klare råd og angivelser av helsepersonells ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle, og anbefalinger om at sikkerhetsseng bør avskaffes pga. alvorlig fare for krenkelser, skade og død.

Særskilt melding er derfor et sentralt dokument for denne delen av Nasjonalt faglig råd (punkt 9), og representerer ikke minst en ressurs for dem som skal bruke rådene. Det synes derfor svært uheldig at meldingen ikke er nevnt eller brukt i utkastet til Nasjonalt faglig råd.

Anbefalinger

Helsedirektoratet bør bruke, sitere fra og gjøre Sivilombudets særskilte melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt enkelt tilgjengelig gjennom lenke i Nasjonalt faglig råd.

«Råd om melding av helseskadelige soningsforhold» må, jfr. punkt 1.4 over, angi en framgangsmåte ved varsling til Kriminalomsorgen hvis den isolerte tar skade av isolasjon som er i tråd med og gjengir angivelsene i Mandela-reglene (regel nr. 35.2), De europeiske fengselsreglene (regel nr. 45.1 og 45.2) og Sivilombudets særskilte melding (s. 72).

6. Merknader til 12. Finansiering

Ang. rådet: «Finansiering av helse- og omsorgstjenester i fengsel og om ytelser i folketrygden»

6.1 Behovet for å styrke finansieringen av fengselshelsetjenestene

Fengselshelsetjenestene er underfinansiert. Det er behov for å kartlegge finansieringen av avdelingene, hvilke variasjoner i tilbud og tjenester som følger av denne lokalt, og hva som skal til for å møte lover, regler og anbefalinger på området.

Begrunnelse

Innsattes helse og helsetjenestetilbud har etter innføringen av Den norske importmodellen vært en lite prioritert del av helsevesenet kommunalt, regionalt og nasjonalt.[34] Det er vanskelig å se at Nasjonalt faglig råd skal kunne endre på dette i positiv retning, snarere tvert imot så lenge fengselshelsetjenestene pålegges såpass mange oppgaver som i disse nye retningslinjene for tjenesten. I tillegg kommer endringer i straffegjennomføringsloven og i rådene som følge av implementeringen menneskerettslige krav på området, som igjen gir helseavdelingene flere plikter og mer arbeid, ikke minst når det kommer til tilsyn og rapportering ved skader i isolasjon.

Det er behov for bedre oversikt over hvordan både ressurssituasjonen i fengselshelseavdelingene og forhold ved fengslene påvirker hvordan de innsattes helse og helserettigheter ivaretas. Det er behov for å styrke finansieringen av helseavdelingene i fengsler der det er mye isolasjon, innlåsing og varetektsfengsling.

Oppfølging av isolerte innsatte tar allerede i dag en stor andel av tilgjengelig tid og ressurser i fengsler med mye isolasjon og innlåsing.

Anbefalinger

Det bør innføres en styrket bemanningsnorm for fengselshelsetjenesten.

[34] Rua, M. (2012). Hva gjør fengselsleger? En institusjonell etnografi om isolasjon og helse. Forord ved Thomas Mathiesen. Oslo: Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo/Akademika forlag.

Det bør utredes hvorvidt Kriminalomsorgen skal finansiere ekstra bemanning i helseavdelingen når bruken av isolasjon er så høy at den krever ekstra bemanning for å møte tilsynskravene i straffegjennomføringsloven og Nasjonalt faglig råd.

6.2 Behovet for ekstra ressurser ved mange varetektsplasser

Oppfølging av varetektsinnsatte krever også mye av helsetjenesten i fengsler med mange varetektsplasser.

Bakgrunn

Innsettelse i varetekt krever innkomstsamtale og ekstra oppfølging av innsatte som allerede har eller får behov for helsehjelp. Oppfølging av innsatte i den særlig sårbare fasen etter innsettelse krever større innsats enn senere i varetektsforløpet og ikke minst etter en evt. dom. Oppfølging under og i perioden etter nyinnsettelse av varetektsfanger gir fengselshelsetjenesten merarbeid sammenliknet med oppfølgingen av domfelte. Den totale arbeidsmengden i en fengselshelseavdelingen varierer dermed blant annet etter hvor mange varetektsplasser og hvor stor andel av plassene totalt som det aktuelle fengselet har.

Anbefalinger

Det bør presiseres at helseavdelingens oppgaver overfor varetekstinnsatte medfører at det kreves mer ressurser til slikt arbeid i fengsler med mange varetektsplasser, enn i fengsler med færre varetektsplasser.

Kommunen er ikke selv skyld i andelen varetektsplasser i fengselet i sin kommune, og bør ikke belastes for kostnader som følger av at helseavdelingen er riktig dimensjonert etter dette forholdet. Finansiering av merkostnader som følge av å yte helsetjenester i et fengsel med stor andel varetektinnsatte bør derfor sikres gjennom sentrale overføringer.

7. Merknader til 14. Metode og prosess

Vi forstår at dagens normerende produkter fra Helsedirektoratet har andre krav til form, struktur og faglig innhold enn i veilederen som Nasjonalt faglig råd erstatter. Vi vil imidlertid formidle at vi har strevd med å orientere oss i de ulike delene av rådene som følge av hvordan de er strukturert og grafisk presentert. Helsepersonell vil kanskje ha lettere for det, men rådene skal være tilgjengelig for andre uten helse- og omsorgsfaglig bakgrunn. Konsekvensen er uansett at vi ikke med sikkerhet si at vi har fått med oss eller funnet all informasjonen vi har sett etter til dette høringssvaret i Rådet.

Formål og hensikt med rådene

Det er bra at Helsedirektoratet har beskrevet isolasjon som eget tema, og at det er lagt til nye faglige tema. Det er imidlertid fortsatt en del som gjenstår dersom rådene skal svare ut kritikk fra menneskerettighetskomiteer/-organisasjoner av helsepersonellets ansvar og rolle ved isolasjon spesielt, og av oppfyllelse av internasjonale minstestandarder på området generelt. Dette står samtidig i veien for det

overordnede målet om å bidra til at innsatte får forsvarlige og likeverdige kommunale helse- og omsorgstjenester. Særlig Mandela-reglene og De europeiske fengselsreglene med sine tilhørende kommenterte utgaver/tolkningsdokumenter, og ikke minst Sivilombudets rapporter og særskilte melding til Stortinget, gir imidlertid gode og praktiske angivelser for hvordan dette kan rettes.

Målgruppe

Vi vil understreke at Nasjonalt faglig råd må trykkes i papirutgave dersom det skal nå innsatte som målgruppe.

Omfang og avgrensning

Det er behov for at spesialisthelsetjenestens sitt ansvar og deres rolle i fengsel spesielt, spesifiseres i egne råd og knyttes sammen med herværende råd. Dette bør kunne gjøres uavhengig av at ansvaret for kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er separert i ulike avdelinger hos nasjonale helsemyndigheter, og selv om det faglige rådet retter seg primært mot kommunen og dens helse- og omsorgstjeneste. Dersom fokuset er å være en brukervennlig og hensiktsmessig faglig ressurs *i fengslene*, synes det formålstjenlig at beskrivelser av spesialisthelsetjenestens ansvar og rolle spesielt i fengslene ikke skilles fra rådene for kommunal helsetjenesteyting i fengsel.

Det er bra at Helsedirektoratet påpeker at den kommunale helse- og omsorgstjenesten gir helsetjenester på kriminalomsorgens arena og premisser. Vi savner likevel mer etisk og prinsipiell oppmerksom, og mer anvendelig, beskrivelse av helsepolitiske, straffepolitiske og profesjonsetiske prinsipper som støtter opp under helsepersonells frie og uavhengige stilling overfor Kriminalomsorgen. Dette for å sette dem bedre i stand til å ta sitt selvstendige ansvar for å ivareta pasienters helse og helserettigheter på en god måte, og uavhengig av at de er mistenkt, siktet eller domfelt for straffbare handlinger.

Det er bra at Rådet beskriver kriminalomsorgen sitt ansvar for å tilrettelegge for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten kan gjennomføre sine lovpålagte oppgaver, og samhandle med innsatte om helsefremmende tiltak. Det er også bra at Rådet understreker at det er svært viktig at samarbeidet mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og Kriminalomsorgen formaliseres i avtaler og rutiner. Det formaliserte samarbeidet må imidlertid være i tråd med internasjonale minstestandarder for fangebehandling, ikke minst for å unngå flere av krenkelsene av menneskerettighetene og umenneskelig eller nedverdigende behandling som er funnet av torturforebyggende enheter i FN, Europarådet og Sivilombudet, samt ved rettsavgjørelser i norske domstoler, særlig de siste fem årene[35].

Begreper

Vi anbefaler Helsedirektoratet å vurdere om det er hensiktsmessig av å bevege seg bort fra begrepet «fengselshelsetjenesten». Vi forstår at det korrekte navnet på tjenesten i dag «Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel». Men betegnelsen er lang, og vil derfor etter alle solemerker

[35] Lohne, K., & Rua, M. (2021). Rettspolitisk mobilisering og strategisk sakførsel mot isolasjon i norske fengsler. *Nordisk tidsskrift for kriminalvidenskab,* 108(1), 118-135.

vanskelig få fotfeste i hverdagslig muntlig og mindre formell skriftlig omtale, og ikke mist i kontakt med pasientene selv, deres pårørende og forsvarere. «Fengselshelsetjenesten» er en intuitiv betegnelse, som også markere det spesielle med tjenesten: den er plassert i fengselet.

Dersom «fengselshelsetjenesten» lever videre i daglig omtale av tjenesten, vil Helsedirektoratets herværende begrepsanvendelse kunne bidra til å skape avstand og således virke fremmedgjørende på særlig pasientene. På gruppenivå strever fangepopulasjonen allerede med svært lav utdanning, stor andel av lavt lesenivå, dysleksi, nevropsykologiske tilstander, rus- og psykiatriske problemer, og annet som bidrar negativt til deres muligheter for å oppnå god helsekompetanse.

Sterke og svake anbefalinger/råd

Vi anbefaler at Rådet stiller klarere krav til formalisering av avtaler og rutiner for samarbeid mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten og Kriminalomsorgen (at Helsedirektoratet går fra «kan» og «bør» til «skal»). Se også anbefaling i punkt. 5.1.

Kunnskapsbasert metode

Skandinavisk isolasjonsnettverks høringssvar bygger på forskningsbasert kunnskap, empiri og litteratur, praksiserfaring, brukererfaring og rettslige kilder. Vi gjerne foreslå for Helsedirektoratet å innhente ekstern ekspertise som kan bidra til å øke presisjonsnivået i Rådet på anvendelsen av relevant nasjonal og internasjonal rett og retningslinjer, samt av forskning og teori rundt profesjonsetikk og profesjonsforståelse i straffegjennomføring som praksis- og politikkfelt innenfor særnorske rammer og tradisjoner.

Ifølge Helsedirektoratets temasider, er brukermedvirkning og brukerkompetanse en forutsetning for å kunne jobbe kunnskapsbasert.[36] Direktoratet skriver at «Brukermedvirkning handler om at brukere av helse- og omsorgstjenesten skal ha innflytelse på innretningen av tjenestetilbudet. Målet er å bidra til bedre helse- og omsorgstjenester.[37]

Vi viser derfor til vår henvendelse av 14.06.2023 til Helsedirektoratet vedr. manglende involvering av fengslede i høringen om det ferdige produktet av prosessen og deres rett til og ønske om å uttale seg om Nasjonalt faglig råd. Vi takker samtidig for Helsedirektoratets svar av 28.06.2023, og for redegjørelsen for involvering av brukerne bl.a. gjennom samtaler med ca. 80 innsatte i fengslene under arbeidet med å utarbeidelse de faglige rådene, og ved at brukerorganisasjoner og en lang rekke andre høringsinstansene ble invitert til å uttale seg om utkastet dette arbeidet ledet til.

Vi deler nok ikke Helsedirektoratets syn om at dette innebærer tilstrekkelig involvering av de fengslede. Fangebefolkningen er sterkt berørt av endringer i og utformingen av fengselshelsetjenestene, og dermed også av endringer og utformingen av Nasjonalt faglig råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Samtidig varierer både bruken av isolasjon og helsepersonells oppfølging i omfang og

[36] www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning
[37] Ibid.

innhold mellom hvert enkelt fengsel. Her har alle innsatte individuelle demokratiske rettigheter, som bør inkludere retten til å få anledning til å medvirke til endringene som kommer uavhengig av deres kontakt med brukerorganisasjoner som representerer deres generelle interesser eller oppfatninger av disse. Helsetjenesten har samtidig lett tilgang på pasientgruppa på stedet, og oppgaven med å involvere pasientene/brukerne i hørings- og endringsprosesser som berører dem sterkt, burde derfor være både praktisk gjennomførbart og viktig å gjøre lokalt i fengslene. Gjennomføring av høring lokalt vil også kunne gi umiddelbare positive ringvirkninger i seg selv, blant ved at det vil kunne lede til bedre kontakt og samarbeid mellom helseavdelingen og de innsatte og/eller deres tillitsvalgte i Kontaktutvalgene, særlig der det ikke er opprettet brukerråd slik Oslo fengsel har gjort[38].

Etter vårt syn burde de innsatte fått fri anledning til å uttale seg om utkastet til Nasjonalt faglig råd *etter ferdigstillelse*, og vi skulle derfor gjerne sett at direktoratet tok seg tid til å gjennomføre høring i fengslene i sommer, slik Justis- og beredskapsdepartementet har gjort i forbindelse med høringen om forslag om endring i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel).

Vi setter likevel pris på at direktoratet tar våre innspill med seg i senere høringer og endringsprosesser som berører innsatte i norske fengsler og andre pasientgrupper som er frihetsberøvet eller tilsvarende begrenset til brukermedvirkning og demokratisk deltakelse.

[38] Se Sønderland, 2023.