SIVILOMBUDET

HELSEDIREKTORATET
Postboks 220 Skøyen
0213 OSLO

Vår referanse	Deres referanse	Vår saksbehandler	Dato
2023/1043	23/7154	Jakob Mykland Revheim	28.06.2023

Høringssvar - Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel

Vi viser til Helsedirektoratets brev 3. mars 2023, der Nasjonalt faglig råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel er sendt på ekstern høring med frist 2. juni 2023. Sivilombudet har fått utsatt frist til 28. juni.

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

I Sivilombudets særskilte melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler Dokument 4:3 (2018-2019) pekte ombudet på behov for å styrke helsetjenestenes arbeid i fengsel, særlig på området isolasjon, og anbefalte at den nasjonale veilederen for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler ble revidert. Vi er derfor positive til at Helsedirektoratet har utarbeidet et forslag til nye nasjonale faglige råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, som skal erstatte den nåværende veilederen.

Vi har vurdert forslaget i sammenheng med Justis- og beredskapsdepartementets forslag til endringer i straffegjennomføringsloven om fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler, jf. høringsnotat 2. februar 2023 med frist 1. juni 2023.

Innledende om viktigheten av å styrke de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fengsler

Sivilombudet har gjennomført 22 besøk til fengsler under forebyggingsmandatet. I forbindelse med alle disse besøkene er også den kommunale helse- og omsorgstjenesten og dens arbeid overfor innsatte undersøkt, og disse har mottatt en rekke anbefalinger fra Sivilombudet. I 2016 publiserte Sivilombudet en temarapport om kvinner i fengsel og i tidsrommet 2020-2023 har ombudet videre gjennomført tre undersøkelser av fengslene under forebyggingsmandatet som også omfatter helseaspekter; om håndteringen av covid-19-pandemien i fengsel (2020), om bruk av sikkerhetsseng (2020) og en undersøkelse om selvmord og selvmordsforsøk i fengsel (2023).

I mars i år gjennomførte ombudet et uvarslet besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt. Rapport fra besøket ble offentliggjort 20. juni. Besøket omfattet også en grundig undersøkelse av helsetjenesten ved fengselet og resulterte i mange anbefalinger til den kommunale helse- og omsorgstjenesten. Funnene og anbefalingene i besøksrapporten kan ha interesse for direktoratet i ferdigstillelsen av de nasjonale faglige rådene: https://www.sivilombudet.no/torturforebygging/

De samlede funnene fra våre besøk og undersøkelser gir grunn til å innledningsvis påpeke noen forhold vi vurderer som helt sentrale for arbeidet til de kommunale helse- og omsorgstjenestene i fengsel, men som vi ofte savner tilstrekkelig reflektert i helsetjenestenes arbeid:

- Det reiser særegne utfordringer å yte helsetjenester overfor pasienter som sitter i varetekt, forvaring eller som soner dom. I fengsel vil de innsatte være fratatt stor grad av selvbestemmelse og vil derfor ha svært begrensete muligheter og forutsetninger for å ivareta egen helse og påvirke egen livssituasjon, for eksempel ved fysisk aktivitet og kosthold. I tillegg vil fengselets mulighet til å bruke inngripende makt, herunder fysisk makt og isolasjon overfor innsatte, også kunne påvirke deres helsesituasjon.

- Innsatte i fengsler har flere fysiske og psykiske helseutfordringer enn befolkningen ellers.[1] Dette omfatter også tidligere traumer og seksuelle overgrep. For å være likeverdig må tjenesten derfor tilfredsstille behov som kan være både kvantitativt og kvalitativt annerledes.

- De kommunale helse- og omsorgstjenestene i fengsler er ulikt organisert fra kommune til kommune. I mange tilfeller er de små og arbeider med lite støtte og faglig nettverk. Noen ganger er de organisert direkte under legevakten, andre ganger som egne enheter i kommunen, med tett eller bare helt sporadisk samarbeid med legevakten. Organiseringen er, etter ombudets erfaring, ikke nødvendigvis basert på en vurdering av de særlige forholdene helsetjenestene i fengsel arbeider under. Ledelseslinjer og faglig støtte kan være svake eller mangle, og dette kan bidra til å skape risiko for at innsatte i fengsler ikke får forsvarlig helsehjelp eller et helsetilbud som er likeverdig med befolkningen ellers.[2]

At helsetjenesten arbeider med en gruppe mennesker med særlige utfordringer og under andre omstendigheter enn befolkningen ellers, gjør det spesielt viktig at de ansatte i helsetjenesten har en god forståelse av hvordan de kan ivareta og bedre de innsattes helse i fengselet. I lys av disse utfordringene vil det være viktig at Helsedirektoratet jevnlig oppdaterer Nasjonalt faglig råd og slik sikrer helse- og omsorgstjenestene i fengslene god veiledning på et oppdatert kunnskapsgrunnlag.

Internasjonale menneskerettighetsstandarder gir viktige føringer på området. Disse omfatter særlig FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandelareglene),[3] De europeiske fengselsreglene,[4] Bangkokreglene når det gjelder kvinnelige innsatte,[5] og Istanbulprotokollen som blant annet gir detaljerte retningslinjer om etterforskning og dokumentasjon av tortur og nedverdigende behandling.[6]

---

[1] Cramer, V. (2014). *Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler*, Oslo Universitetssykehus.
[2] Kravet til forsvarlig helsehjelp følger av helsepersonelloven § 4. Innsattes rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester er slått fast blant annet i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, artikkel 12.2.2.
[3] The United Nations Standard Minimum Rues for the Treatment of Prisoners, vedtatt av FNs generalforsamling 17. desember 2015, res. 70/175.
[4] Recommendation Rec (2006) 2-rev of the Committee of Ministers to Member States of the European Prison Rules, sist revidert og endret 1. juli 2020.
[5] The United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-Custodial Measures for Women Offenders.
[6] Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, 2004.

Til kapittel 1 om kommunens ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte

Forebyggende tjenester

Sivilombudet merker seg at det er presisert at blant annet helsefremmende og forebyggende tjenester, sosial, psykososial og medisinsk habilitering og rehabilitering og andre helse- og omsorgstjenester skal tilbys innsatte. Under våre besøk til fengsler har vi i flere tilfeller konstatert at helsetjenestene opplever at de mangler kapasitet til å utøve helsefremmende og forebyggende tjenester. Tydeliggjøring av dette ansvaret er derfor viktig for å sikre at kommunene dimensjonerer helsetjenestene riktig. På denne bakgrunn anbefaler ombudet at direktoratet konkretiserer ansvaret, for eksempel ved å utvide listen over eksempler om hvordan rådet kan følges, med noen eksempler på forebyggende tiltak.

Gode avviks- og internkontrollsystemer

Kapittelet omfatter videre råd om å inkludere helsetjenesten i fengsel i kommunens ordinære rapporterings- og styringssystem. Rådet omfatter en rekke punkter som det etter Sivilombudets erfaring er stort behov for å minne kommunene om, herunder å utarbeide rutiner for avviksrapportering, internkontrollsystemer, rutiner for medisinhåndtering, og å gjøre bruk av innsattes egne erfaringer i arbeidet. Tett integrering av helsetjenestene i kommunenes internkontrollsystemer er nødvendig for å styrke disse områdene. Sivilombudet har blant annet funnet gjennomgående svakheter i avviksrapportering og oppfølging av avvik, også ved alvorlige hendelser, manglende fremstilling til spesialisthelsetjeneste, manglende informasjon fra fengselet om innsatte som er isolerte, feilmedisinering og medisinsvinn.

Helsetjenestens meldeplikt

Rådene slår videre fast at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal melde fra om og følge opp dersom innsattes soningsforhold er helseskadelige, innsatte fratas muligheten til å motta helse- og omsorgstjenester eller forholdene ikke ligger til rette for at helse- og omsorgstjenestene får utført sin lovpålagte oppgaver. Dette er i tråd med Mandelareglene (regel 33) og De europeiske fengselsreglene (regel 43.3).[7] Et slikt melde- og oppfølgingsansvar er viktig for å sikre at innsatte blir ivaretatt i tråd med gjeldende helselovgivning og menneskerettslige krav. Sivilombudets erfaring er at ikke alle kommunale helsetjenester i fengslene er tilstrekkelig bevisst dette meldeansvaret. I forbindelse med besøket til Bredtveit fengsel i mars 2023 kom det blant annet fram at den kommunale helsetjenesten der ikke var klar over sitt ansvar for å melde for eksempel bekymring om helseskader av isolasjon som følge av fengselets omfattende bruk av sikkerhetscelle.

For å sikre gode rutiner for løpende vurderinger av om forhold skal meldes, er det avgjørende at helsetjenesten har gode rutiner for å journalføre relevante helseopplysninger i den enkeltes journal. Det er videre avgjørende at helsetjenesten, utover den enkelte pasients journal, også på en systematisk måte dokumenterer forhold som gjelder flere innsatte. Slike forhold vil for eksempel omfatte systematisk dokumentasjon av isolasjon, isolasjonsskader, støyforhold eller andre helserelaterte forhold på avdelingene, manglende fysisk aktivitet, etc. Helsetjenesten bør også sørge for at alvorlig selvskading og selvmordsforsøk dokumenteres på en systematisk måte. Slike handlinger er viktige indikatorer på de innsattes helsetilstand og på forholdene i fengselet. En

[7] Mandelareglene regel 33: «The physician shall report to the prison director whenever he or she considers that a prisoner's physical or mental health has been or will be injuriously affected by continued imprisonment or by any condition of imprisonment." De europeiske fengselsreglene regel 43.3: "The medical practitioner shall report to the director whenever it is considered that a prisoner's physical or mental health is being put seriously at risk by continued imprisonment or by any condition of imprisonment, including conditions of solitary confinement."

systematisk oversikt over selvmordsforsøk og alvorlig selvskading bør også danne utgangspunkt for et samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten for å forebygge selvskading og selvmordsforsøk.

Helsetjenesten bør dokumentere at det er blitt meldt fra om disse forholdene, når og til hvem, og hva som eventuelt er blitt gjort for å bedre forholdene det er meldt om. Nasjonalt faglig råd bør på dette punktet også understreke behovet for godt samarbeid mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for å sikre at forhold som bør meldes faktisk blir meldt.

I beskrivelsen av hvordan meldeplikten praktisk kan gjennomføres (side 8 i høringsutkastet) kommer det ikke tydelig fram at saksbehandling hos Statsforvalteren og/eller det regionale kriminalomsorgskontoret kan ta lang tid. Dette er særlig problematisk i hastesaker som helsepersonell melder direkte til fengselet, hvor fengselet er uenig. Her savner vi en nærmere beskrivelse av hva den kommunale helsetjenesten bør gjøre i slike situasjoner. Videre savner vi en beskrivelse av tilsynsrådene i kriminalomsorgen. Sivilombudet har flere ganger påpekt at det mangler eksterne tilsynsmyndigheter som ser på helhetssituasjonen for de innsatte i fengsel. Dette gjør det særlig viktig med en dekkende beskrivelse av de eksisterende tilsynsorganene.[8]

Rådet minner også om kommunenes meldeplikt til Helsetilsynet ved dødsfall eller svært alvorlig skade. Sivilombudet har under sine besøk funnet at Helsetilsynet svært sjeldent får melding om selvmord som skjer i fengslene. I perioden 2020-2021 ble det meldt om 4 selvmord i norske fengsler, mens fengslene i samme periode registrerte 14 selvmord.[9] Vi understreker her at mangelen på gode og trygge rutiner som sikrer at selvmord i fengslene reelt blir underlagt tilsyn kan utgjøre et brudd på statens forpliktelser etter EMK artikkel 2 om retten til liv.[10]

Samlet dokumentasjon og helhetlig oppfølging der legevakt og spesialisthelsetjeneste er involverte
En del innsatte kommer i berøring med både den kommunale helse- og omsorgstjenesten, legevakten og spesialisthelsetjenesten. Et godt samarbeid mellom disse vil være viktig for å ivareta helsen til disse innsatte. Dette gjelder særlig for innsatte med komplekse helseutfordringer som mottar helsehjelp fra både primær- og spesialisthelsetjenesten, og for innsatte som får helseoppfølgning eller -tilsyn av legevakten utenfor helsetjenestens åpningstid. Noen av disse utøver fengselet omfattende tvangstiltak overfor, som plassering på sikkerhetscelle. Komplekse helseutfordringer som involverer flere helseaktører, kan øke risikoen for svikt i informasjonsutveksling og ansvarspulverisering dersom det ikke er definert hvem som har koordinatoransvaret.

At alle tre aktører sikrer god og korrekt dokumentasjon av deres vurderinger og helsehjelp, er derfor avgjørende for å ivareta pasienten.

---

[8] Prop. 46 L (2022-2023) om tilsynsråd, side 26 hvor departementet viser til Statens helsetilsyn og Sivilombudet vedrørende «behovet for eit systematisk samarbeid mellom tilsynsrådet og andre tilsynsverksemder. Departementet sluttar seg til dette, og ser nytta av eit slikt samarbeid både på nasjonalt plan mellom tilsynsrådet og Utdanningsdirektoratet, Helsetilsynet og Barne- og familiedirektoratet og med dei ulike statsforvaltarane. Dette kan gjelde både for vurdering av risiko og sårbarheit, tema for landsomfattande tilsyn, avklaringar av grenser for ansvar, spørsmål som gjeld fleire sektorar og orientering om funn som kan vere relevante for dei respektive tilsynsorgana.»
[9] Sivilombudet (2023). Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel: En undersøkelse under OPCAT-mandatet, s. 21.
[10] Tilsvarende note 9 ovenfor, s. 5; EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnitt 85; EMD *Keller mot Russland*, klagenr. 26824/04, 17. oktober 2013, avsnitt 92-95.

Helse- og omsorgstjenesten bør sikre at oppfølgingen av innsatte er helhetlig og koordinert. Individuell plan er et verktøy som kan understøtte koordineringen. Sivilombudet har både funnet manglende helhetlig oversikt over innsattes behandling, at helsetjenesten i fengselet ikke systematisk journalfører relevante og nødvendige helseopplysninger, og at individuell plan ikke benyttes i de tilfellene dette kunne styrket den koordinerte oppfølgningen av den innsatte.

Avviksføring ved manglende fremstilling til helsetjenester
I forbindelse med flere fengselsbesøk har Sivilombudet funnet at det mangler rutiner både hos fengselet og helsetjenesten for å dokumentere utsatte eller avlyste fremstillinger til helsetjenester utenfor fengsel. Mangel på oversikt over utsatte fremstillinger og oversikt over forsinkelsene dette medfører i utredning eller behandling, kan gi risiko for at alvorlig sykdom ikke fanges opp i tide. Flere helseavdelinger opplever også at manglende fremstillinger vanskeliggjør deres arbeid, både fordi de må bruke tid på å skaffe ny time, fordi de opplever at spesialisthelsetjenester, blant annet en del private samarbeidsaktører, er skeptiske eller direkte negative til å tilby (ny) time.

Det er derfor viktig med gode rutiner for å avviksføre slike hendelser for å sikre at de følges opp. I tillegg bør det gis råd om at den innsattes helsemessige behov må ivaretas i påvente av ny fremstilling.

Soningsdyktighet
Etter straffegjennomføringsloven § 35 skal soningen avbrytes dersom den «domfeltes helsetilstand tilsier det, eller når det for øvrig foreligger særlig tungtveiende grunner som ikke kan avhjelpes på annen måte». Høyesterett har uttalt at i vurderingen av om den domfelte skal anses som soningsudyktig, vil den innsattes fysiske eller psykiske helse være det sentrale utgangspunktet, sett i sammenheng med hvilke konsekvenser fortsatt soning vil få for den innsatte.[11]

Helse- og omsorgstjenesten er i langt større grad enn kriminalomsorgen egnet til å vurdere den innsattes fysiske og psykiske helse. Til tross for dette, er spørsmål om soningsudyktighet ikke direkte berørt i høringsforslaget. Høringsutkastet tar riktig nok opp hva som skal være rutinene dersom den innsattes «soningsforhold» er helseskadelige, se omtale av høringsutkastets kapittel 1.[12] Soningsudyktighet kan imidlertid oppstå uavhengig av soningsforholdene. Etter ombudets syn bør det utformes rutiner for hvordan helse- og omsorgstjenesten skal gå frem dersom det oppstår mistanke om at den innsattes fysiske og/eller psykiske helse er slik at vedkommende må anses å være soningsudyktig.

Oppsummerte anbefalinger til kapittel 1:

- ***De nasjonale rådene bør tydeliggjøre hvordan helsetjenesten kan ivareta ansvaret for helsefremmende og forebyggende helsetjenester.***

  Opplysninger om at innsattes soningsforhold er helseskadelige, at innsatte fratas muligheten til å motta helse- og omsorgstjenester eller at forholdene ikke ligger til rette for

[11] HR-2019-00653-A avsnitt 62. Dommen knytter seg til straffeprosessloven (strpl.) § 459 om vilkår for soningsutsettelse. Vilkåret om den domfeltes «helsetilstand» går imidlertid igjen både i strpl. § 459 og straffegjennomføringsloven § 35, og må antas langt på vei å ha det samme materielle innholdet.
[12] Helsedirektoratet (2023). Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (lest 10. mai 2023), på s. 7–9.
Tilgjengelig fra https://www.helsedirektoratet.no/horinger/kommunale-helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel

at helse- og omsorgstjenestene får utført sine arbeidsoppgaver, bør systematisk dokumenteres.

- ***Det bør presiseres at helsetjenesten i fengselet skal dokumentere tilfeller av alvorlig selvskading og selvmordsforsøk. Rådene bør også presisere at helsetjenesten i fengselet aktivt bør gjøre seg kjent med slike hendelser.***

- ***Det bør understrekes at det bør dokumenteres at melding om slike forhold som nevnt i kulepunkt nummer to og tre ovenfor, er blitt sendt. Det bør også dokumenteres hva som er blitt gjort for å bedre forholdene for den innsatte.***

- ***Det bør vurderes hvordan helsetjenesten skal ivareta meldeplikten om helseskadelige soningsforhold mv. i hastesaker, og det bør framgå hvilken rolle tilsynsrådene i kriminalomsorgen har i denne forbindelse.***

- ***Det bør framgå at helsetjenesten, eventuelt i samarbeid med spesialisthelsetjenesten, alltid skal melde om selvmord i fengselet til Helsetilsynet.***

- ***Det bør utformes rutiner som sikrer at utsatte og avlyste fremstillinger blir dokumentert, og at innsattes helsemessige behov blir ivaretatt i påvente av en ny fremstilling.***

- ***Det bør understrekes at oppfølgingen av innsattes helsemessige behov er dokumentert, helhetlig og koordinert, også når legevakten og spesialisthelsetjenesten er involvert.***

- ***Det bør fastsettes rutiner for hvordan helsetjenesten skal gå frem dersom det oppstår mistanke om at den innsatte er soningsudyktig.***

Til kapittel 2 om helse- og omsorgstjenester til særlig sårbare innsatte

Høringsforslaget omtaler innsatte med kognitive funksjonsnedsettelser, mindreårige, eldre og kvinner som særlig sårbare innsatte. På alle disse områdene innebærer høringsutkastet klare og viktige forbedringer sammenliknet med den eksisterende veilederen.

Innledningsvis i rådet som gjelder unge innsatte, anbefaler direktoratet at helsetjenesten også er del av tverretatlige team for unge innsatte i alderen 18 til 24 år, i tråd med Kriminalomsorgens fagstrategi for unge innsatte. Sivilombudet støtter behovet for at helsetjenesten engasjerer seg særskilt i denne gruppen. Dette er innsatte som soner i fengsler for voksne, men som fortsatt vil ha noen av de samme særlige behovene som mindreårige innsatte. Vi omtaler dette nærmere under kapittel 9 om isolasjon, men understreker her behovet for at direktoratet også i kapittel 2 omtaler gruppen 18 til 24 år nærmere. Under flere fengselsbesøk, senest til Bredtveit fengsel 13.-16. mars 2023, har vi erfart at unge innsatte kan ha særlige utfordringer med fengslenes lave aktivitetsnivå og få muligheter for å tilby tilstrekkelig psykososial støtte til innsatte under 25 år.

Vi merker oss videre at høringsutkastet i kapittel 5 om innsattes rettigheter, viser til at utenlandske innsatte kan ha opplevd tortur. Etter Sivilombudets vurdering bør torturutsatte også omtales som en særlig sårbar gruppe i kapittel 2. Helsetjenestenes arbeid for å identifisere og eventuelt bidra til rehabilitering bør gis en nærmere beskrivelse både med hensyn til bakgrunnen for rådet og hvordan et råd overfor denne gruppen praktisk kan følges. Vi viser her til Røde Kors undersøkelse av rehabiliteringstilbudet til denne gruppen i Norge, der det blant annet kommer fram at det må antas

at flere tusen flyktninger som lever i Norge har overlevd tortur og at arbeidet for å sikre identifisering og helsemessig oppfølgning ikke er tilstrekkelig.[13]

Sivilombudet viser videre til at EMD har pekt på personer med psykiske lidelser som en særlig sårbar gruppe som er spesielt utsatt for brudd på sine menneskerettigheter.[14] Høringsforslaget vier et eget kapittel (kapittel 6) til helsetjenestenes innsats overfor denne gruppen. Dette er en klar styrking av helsetjenestenes arbeid på et område som gjelder mange innsatte og Sivilombudet ser høringsutkastets løsning som god på dette punktet.

- ***Høringsutkastet bør presisere at innsatte i gruppen 18 til 24 år er en særlig sårbar gruppe og beskrive nærmere råd overfor denne gruppen.***

- ***Høringsutkastet bør presisere at innsatte med torturerfaringer er en særlig sårbar gruppe og beskrive nærmere råd overfor denne gruppen.***

Til kapittel 3 om innkomst og løslatelse

Både Mandelareglene, De europeiske fengselsreglene og Bangkokreglene gir viktige føringer for helsetjenestenes ansvar ved innkomst og løslatelse. Etter Mandelareglene og De europeiske fengselsreglene skal helsetjenesten i fengselet undersøke den innsatte så snart som mulig etter innkomst.[15] De samme reglene stiller konkrete krav til innholdet i denne første undersøkelsen. Også Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) har formulert forventninger til denne delen av oppholdet i fengselet.[16] Noen av disse kravene og forventningene ligger til grunn for tilbakemeldingene nedenfor.

Innkomstsamtale innen 24 timer

Høringsutkastet legger opp til at helsetjenesten i fengselet skal gjennomføre en kort innkomstsamtale med den innsatte, senest 24 timer etter innsettelse. Den innsatte kan gå på faste medisiner, ha behov for annen løpende helseoppfølgning, eller ha selvskadings- eller selvmordsproblematikk som det er viktig at kartlegges raskt. Helsevurdering ved innkomst eller kort tid etter, vil også være nødvendig for å dokumentere og følge opp eventuelle skader den innsatte er blitt påført. I mange av fengslene holder helse- og omsorgstjenesten ikke åpent på kveld, natt eller i helgen. Det vil derfor være behov for samarbeid med legevakten for å sikre kartlegginger og nødvendig helsehjelp i disse periodene. De nasjonale rådene mangler omtale av dette og ombudet understreker at dette bør framgå.

Temaet selvskadings- og selvmordsrisiko er i høringsutkastet ikke nevnt som en del av den første innkomstsamtalen. Etter Sivilombudets syn bør det komme klart frem av høringsutkastet at dette skal være et tema også i den første innkomstsamtalen. Helsedirektoratet peker selv i høringsutkastet på at selvmord ofte skjer i den første perioden etter ankomst til fengselet/varetekt.[17] Funn Sivilombudet har gjort under besøk til fengsler, støtter en slik konklusjon og understreker hvorfor

---

[13] Røde Kors (2020). Torturert og glemt? Identifisering og rehabilitering av torturutsatte i Norge.
[14] EMD *Bureš mot Tsjekkia*, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012, avsnitt 85; EMD *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020, avsnitt 81.
[15] Mandelareglene, regel nr. 30 og De europeiske fengselsreglene, regel 42.1.
[16] CPT (2013). Documenting and reporting medical evidence of ill-treatment: Extract fom the 23rd General Report of the CPT published in 2013.
[17] Tilsvarende note 12, s. 7–9.

vurdering av selvskading og selvmordsrisiko bør være et tema i forbindelse med selve innsettelsen.[18] I Mandelareglene, regel 30 bokstav c), kommer det klart til uttrykk at risikoen for selvmord og selvskading bør være en del av den første innkomstsamtalen.

Andre innkomstsamtale
Videre legger utkastet opp til at det «2 uker etter innsettelse, eller da den innsatte er klar (med tanke på eventuell avrusning og helsetilstand)» bør gjennomføres en utdypende samtale. En slik totrinns innkomstsamtale med helsetjenesten ser Sivilombudet som en god løsning for å ivareta forsvarlig helsehjelp. For mange innsatte er de første døgnene etter innsettelse preget av stress og mange bekymringer. Dette gjør at det kan ta noe tid før den innsatte fullt ut er i stand til å dele og ta imot helseinformasjon. Det fremstår imidlertid som uklart om to uker skal forstås som en hovedregel. Det styrende bør etter ombudets syn være hva som er den innsattes behov i situasjonen, for å sikre at den andre innkomstsamtalen ikke tas senere enn det som er forsvarlig. Dette bør komme klart fram.

Kartlegging og dokumentasjon av skader
Utkastet slår fast at helsetjenesten i den første innkomstsamtalen, blant annet skal kartlegge «skader etter pågripelse og/eller transport» og «om innsatte har vært utsatt for overgrep».[19] Det er positivt at Helsedirektoratet gjør dette til en obligatorisk del av helsetjenestens kartleggingsansvar ved innkomst, dette er etter ombudets vurdering en av flere grunner til at den første innkomstsamtalen bør tas umiddelbart og senest innen 24 timer. Sivilombudet savner samtidig en tydeligere redegjørelse for hvordan helsetjenesten skal dokumentere skader og overgrep når de avdekkes, og hvordan helsetjenesten skal følge opp slike funn. Videre understreker vi at en slik kartlegging også bør oppdateres etter at den innsatte har vært på fremstilling eller når politiet har vært involvert overfor den innsatte på annen måte.

God dokumentasjon av skader og/eller overgrep som frihetsberøvede personer har vært utsatt for er en viktig rettssikkerhetsgaranti for den innsatte. Istanbulprotokollen er i denne sammenhengen et sentralt FN dokument som det bør henvises til i de faglige rådene.[20] Protokollen ble revidert i 2022 og gir detaljerte retningslinjer om etterforskning og dokumentasjon av tortur og nedverdigende behandling. Store deler av dokumentet er rettet mot helsepersonell. FNs torturkomité har anbefalt norske myndigheter å sikre at Istanbulprotokollen blir en sentral del av opplæringen for helsepersonell som jobber med frihetsberøvede personer.[21]

Også FNs underkomité for forebygging av tortur (SPT) og Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) har påpekt viktigheten av å dokumentere skader på en grundig måte. CPT har utarbeidet følgende rutiner:

> «The record drawn up after the medical screening (...) should contain: i) an account of statements made by the person which are relevant to the medical examination (including his/her description of his/her state of health and any allegations of illtreatment), ii) a full account of objective medical findings based on a thorough examination, and iii) the health-care professional's observations in the light of i) and ii), indicating the consistency between any allegations made and the objective medical findings. The record should also contain the

[18] Sivilombudet (2015). Besøk til Ringerike fengsel, s. 6-8.
[19] Tilsvarende note 12, s. 28.
[20] Helsedirektoratet har referert til Istanbulprotokollen i nasjonal veileder for helsetjenester til asylsøkere, flyktninger og familiegjenforente (kapittel 7).
[21] Avsluttende merknader fra FNs torturkomité etter behandlingen av Norges åttende rapport om gjennomføringen av FNs torturkonvensjon, 5. juni 2018, CAT/C/NOR/CO/8, avsnitt 30(a).

> results of additional examinations carried out, detailed conclusions of specialised consultations and a description of treatment given for injuries and of any further procedures performed.
>
> Recording of the medical examination in cases of traumatic injuries should be made on a special form provided for this purpose, with body charts for marking traumatic injuries that will be kept in the medical file of the prisoner. Further, it would be desirable for photographs to be taken of the injuries, and the photographs should also be placed in the medical file. In addition, a special trauma register should be kept in which all types of injury observed should be recorded.» [22]

Komiteen understreker at selv om den er svært opptatt av å beskytte helseopplysningene til personer som er fratatt friheten, anbefaler den en automatisk plikt for helsepersonell til å rapportere om medisinske funn som tyder på mishandling:

> «[T]he principle of confidentiality must not become an obstacle to the reporting of medical evidence indicative of ill-treatment which health-care professionals gather in a given case. To allow this to happen would run counter to the legitimate interests of detained persons in general and to society as a whole. The CPT is therefore in favour of an automatic reporting obligation for health-care professionals working in prisons or other places of deprivation of liberty when they gather such information.»[23]

Denne automatiske varslingsplikten må ifølge CPT gjelde uavhengig av om den innsatte motsetter seg varslingen, likevel slik at den innsattes syn på saken dokumenteres.[24] Det er viktig at helsetjenesten informerer den innsatte om denne varslingsplikten, for eksempel når den innsatte selv oppgir at han eller hun har blitt påført skader under arrest eller transport, eller når helsepersonell selv finner skadene på den innsatte. Varselet må gjøres tilgjengelig for den innsatte og hans eller hennes advokat.

Det er viktig at den som varsler om skadene, gjør dette til noen som er uavhengig av kriminalomsorgen og som kan utføre en formell etterforskning av funnene. Når det gjelder spørsmålet om hvem som er rett myndighet til å motta et slikt varsel, uttaler CPT:

> «The "relevant authority" to which the health-care professional's report should be sent is first and foremost the independent body empowered to carry out an official investigation into the matter and, if appropriate, bring criminal charges. Other authorities to be informed could include bodies responsible for disciplinary investigations or for monitoring the situation of persons detained in the establishment where ill-treatment may have occurred.»[25]

Basert på funn under fengselsbesøk understreker ombudet at helsepersonell også må være oppmerksom på at innsatte kan bli utsatt for uforholdsmessig maktbruk som leder til skader utenom situasjoner som gjelder transport, pågripelse og innkomst. For eksempel vil innsatte kunne bli skadet

---

[22] CPT (2013). Documenting and reporting medical evidence of ill-treatment: Extract fom the 23rd General Report of the CPT published in 2013, s. 2 avsnitt 74.
[23] Tilsvarende note 22, s. 2 avsnitt 77.
[24] Tilsvarende note 22, s. 2-3, avsnitt 77 og 79.
[25] Tilsvarende note 22, s. 3, avsnitt 78.

ved plassering på sikkerhetscelle, i sikkerhetsseng og i andre fysiske konfrontasjoner som oppstår i fengsel.

Sivilombudet anbefaler videre, i tråd med CPT, at helsepersonell bør føre statistikk over skader som blir funnet på den innsatte, ettersom dette er informasjon som er av høy relevans for ivaretakelsen av innsattes rettigheter.[26]

- ***De nasjonale faglige rådene bør presisere at innsatte som settes i fengselet utenfor helsetjenestens åpningstid bør få innkomstsamtale med legevakt for å sikre at den første innkomstsamtalen gjennomføres innen 24 timer.***

- ***De nasjonale faglige rådene bør presisere at risikoen for selvmord og selvskading skal være et tema i den første innkomstsamtalen, og deretter følges opp i andre innkomstsamtale.***

- ***De nasjonale faglige rådene bør presisere at andre innkomstsamtale skal skje når det vurderes hensiktsmessig for den enkelte pasient og senest innen 2 uker.***

- ***De nasjonale faglige rådene bør presisere hvordan helsetjenesten skal dokumentere skader som er påført den innsatte, og utarbeide rutiner for hvordan slike funn skal følges opp av helsetjenesten. Helsetjenesten bør føre en helhetlig oversikt over slike skader, med sikte på å kartlegge det totale omfanget.***

Til kapittel 5 om innsattes rettigheter

Helsepersonell har taushetsplikt etter helsepersonelloven § 21, og pasienter har rett til konfidensialitet etter pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6. Vern om den enkeltes helseopplysninger er en del av vernet om den personlige integritet etter Grunnloven § 102 og EMK artikkel 8. For å sikre at innsatte får dekket sitt behov for oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten, er de avhengige av å kunne kontakte helsepersonell på en trygg og fortrolig måte. Dette gjelder ikke minst innsatte som er isolert.

I et fengsel har de innsatte ikke tilgang til timebestilling gjennom helsenorge.no eller andre digitale løsninger. Det vanligste er at innsatte må melde fra om behovet for kontakt med helse- og omsorgstjenesten ved å fylle ut en såkalt samtalelapp. Sivilombudet har i flere besøksrapporter påpekt at systemet med samtalelapper er sårbart for brudd på personvernet og retten den innsatte har til å kommunisere fortrolig med helsepersonell i fengselet. De innsatte har ofte ikke enkel tilgang til konvolutter, en del innsatte kan ikke lese eller skrive norsk og noen innsatte har synsvansker eller lese- og skrivevansker.

Sivilombudets erfaring er derfor at samtalelappene er en ordning som i mange tilfeller hindrer innsattes fortrolige kommunikasjon med helsetjenestene. Sivilombudet har også sett eksempler på at samtalelapper ikke kommer frem til helsetjenesten fordi det mangler trygge systemer for å samle inn, oppbevare og videreformidle samtalelappene. Dette kan forsinke helseoppfølging og svekke tilliten til helsetjenesten. Vi er kjent med at enkelte helsetjenester bruker avtalebok eller har installert postkasse som kun helsepersonell har nøkkel til. Det er sterkt behov for at de nasjonale rådene angir hensiktsmessige og trygge løsninger for å sikre informasjonsflyten mellom innsatte og helsetjenesten.

[26] Tilsvarende note 22, s. 4, avsnitt 81.

I flere tilfeller har Sivilombudet konstatert at det mangler ordninger for å gi innsatte svar på forespørsel om legetime eller annen oppfølging av helsetjenestene. Manglende svar og usikkerhet om henvendelsen er mottatt og blir vurdert vil kunne bidra til utrygghet og frustrasjon. Sivilombudet ser det som viktig for å bidra til god kommunikasjon med og tillit til helsetjenestene at det gis føringer for at det alltid bør gis svar, og for hvor lang tid det bør ta før den innsatte får svar på sin henvendelse til helsetjenesten i fengselet.

- ***De nasjonale rådene bør angi hensiktsmessige og trygge kommunikasjonsløsninger for å sikre den innsattes personvern og retten til fortrolig kommunikasjon med helsetjenesten.***

- ***De nasjonale rådene bør angi hvor lang tid det kan ta før den innsatte får svar på sin henvendelse til helsetjenesten.***

Til kapittel 6 om psykiske helse- og rusmiddelproblemer

Utkastets råd på området innsattes psykiske helse- og rusmiddelproblemer innebærer etter Sivilombudets oppfatning en viktig tydeliggjøring av den kommunale helsetjenestens ansvar for å avdekke og bistå innsatte med slike problemer. Vi merker oss spesielt at helsetjenesten skal «jobbe systematisk for å avdekke» slik problemer og at helsetjenesten skal tilby innsatte som har «tegn på psykiske problemer» nødvendig helsehjelp. Rådene reflekterer den særlig viktige rollen primærhelsetjenesten i et fengsel har på dette området.

Vi merker oss at selvmord og selvskadingsatferd er viet omtale i et eget råd. I lys av alvorlighetsgrad vil vi anbefale at selvskading og selvmordsatferd nevnes eksplisitt som kulepunkt i fjerde avsnitt på side 44, og at dette rådet flyttes lenger frem i kapittelet slik at det mer direkte knyttes til de to første rådene som gjelder psykisk helse. Det bør ikke være tvilsomt at dette er handlinger som må utløser tiltak fra helse- og omsorgstjenesten overfor for den innsatte. Etter Sivilombudets oppfatning er dette en så viktig del av helsetjenestens virksomhet i fengselet, at denne anbefalingen bør endres fra en «bør»-anbefaling til en «skal»-anbefaling.

- ***Selvskading og selvmordsatferd bør nevnes eksplisitt på side 44 i høringsutkastet som forhold helsetjenesten skal bidra til å avdekke og som utløser krav på nødvendig helsehjelp.***

Til kapittel 8 om legemidler og smittevern

Medisinhåndtering

I et fengsel er det vanligvis fengselets ansatte som deler medisiner ut til innsatte, basert på dosetter klargjort av helse- og omsorgstjenesten. Medisinene oppbevares vanligvis på vaktrommet til de fengselsansatte. Når kriminalomsorgen administrerer legemidler for innsatte, og dette ikke anses som helsehjelp, gjelder ikke legemiddelhåndteringsforskriften.[27]

Sivilombudet har avdekket flere tilfeller der innsatte har fått feil medisiner eller ikke har fått sine faste medisiner. Vi har også flere steder erfart at medisinene ikke er innelåst og at dette utgjør en risiko både for de innsattes personvern og for medisinsvinn. Det er videre viktig å merke seg at innsatte som får beskjed av en betjent om å ta visse medisiner, på grunn av maktforholdet mellom innsatt og betjent kan oppleve det som vanskelig å stille spørsmål ved om det er riktige medisiner som blir gitt, eller påpeke at de skal tas til et annet tidspunkt. I mange tilfeller mangler det rutiner for

[27] Forskrift av 4. mars 2008 om legemiddelhåndtering for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp.

å føre avvik når medisiner mangler eller blir utdelt feil. Også i tilfeller der innsatte har klart å samle opp medisiner over tid og deretter har tatt disse som overdose, har det manglet avviksføring.

I utkastet til nasjonale faglige råd legges det opp til at helse- og omsorgstjenesten skal utarbeide rutiner for kriminalomsorgen om hvordan legemidler skal håndteres.[28] Disse rutinene skal ta utgangspunkt i legemiddelhåndteringsforskriften, Helsedirektoratets rundskriv til legemiddelhåndteringsforskriften, helse- og omsorgstjenesteloven, helsepersonelloven, Helsedirektoratets rundskriv om helsepersonelloven og forskrift, samt forskrift av 6. februar 2022 om rekvirering og utlevering av legemidler m.m.

I lys av de risikoene Sivilombudet har konstatert under sine besøk vil disse regelverkene og tilhørende rundskriv utgjøre et godt utgangspunkt. Flere av kildene er samtidig preget av å være utformet for helsepersonell og er ikke nødvendigvis lett tilgjengelig for andre yrkesgrupper. Dette gir helsetjenesten et ansvar for å utforme rutiner som er lett forståelige og enkle å følge for fengselsansatte.

Helse- og omsorgstjenestens rutiner bør sikre at medisiner låses inne i låsbare skap, at betjenter som deler ut medisiner jevnlig får medisinkurs og skal kvittere for utleveringen, rutiner for kontroll av innholdet i medisinskapet, og rutiner for avviksføring av medisiner som blir utdelt feil eller som forsvinner. Rutiner for å melde avvik dersom kriminalomsorgen håndterer medisinene på en måte som strider med rutinene helsetjenesten har utarbeidet. Helsetjenesten bør systematisk følge med på medisinsvinn og ta dette opp med fengselets ledelse for å avdekke årsaker og for å hindre fremtidig svinn.

Kartlegging av medisinbehov ved innkomst
I høringsforslaget side 60 er det uttalt at helse- og omsorgstjenesten bør kontakte fastlegen for å motta informasjon om den innsattes legemiddelbruk *før* innsettelse der denne er planlagt, forutsatt at den innsatte samtykker til dette. Dette forutsetter at fengselet har faste rutiner for å informere helsetjenesten om planlagte innsettelser. Der dette ikke er gjort, for eksempel i forbindelse med varetekt, skal helse- og omsorgstjenesten *umiddelbart* etter innsettelse kartlegge den innsattes legemiddelbruk. Samtidig går det fram av utkastets kapittel 3 at den første innkomstsamtalen skal avdekke behov for legemidler *senest 24 timer etter innsettelse*. Det er uklart om det er tenkt at en kartlegging i løpet av første døgn er «umiddelbart».

Medisiner på utenlandsk resept
Sivilombudet har erfart utfordringer som gjelder innsatte med medisiner på utenlandsk resept. I brev 20. april 2023 er Helsedirektoratet også blitt orientert om ombudets undersøkelse av kriminalomsorgens vedtak om å nekte en innsatt å bruke medisinsk cannabis. Det følger av EMDs praksis til EMK artikkel 8 at det å bli nektet tilgang til en bestemt medisinsk behandling eller bestemte medisiner, etter omstendighetene kan være et inngrep i retten til privatliv.[29] Ombudet vil etter sommeren avgi en uttalelse i en sak som gjelder cannabisholdige medisiner.

- ***De nasjonale faglige rådene som gjelder medisinhåndtering bør tydeliggjøre at følgende elementer alltid er dekket av rutinene som helsetjenesten utformer overfor***

[28] Tilsvarende note 12, på s. 60.
[29] EMD *Dickson mot Storbritannia,* klagenr. 44362/04*,* 4. desember 2007, avsnitt 66; EMD *Hristozov m.fl. mot Bulgaria,* klagenr. 47039/11, 13. november 2012, avsnitt 116; EMD *A.M. og A.K. mot Ungarn, klagenr. 21320/15,* 4. april 2017, avsnitt 39; EMD *Thörn mot Sverige,* klagenr. 24547/18*,* 1. september 2022, avsnitt 49.

kriminalomsorgen: 1) at medisinene må oppbevares forsvarlig og sikrer de innsattes personvern, 2) at fengselsansatte som deler ut medisiner må kvittere for utdelte medisiner, 3) at det skal meldes avvik dersom det skjer en håndtering som strider mot rutinene, dersom medisiner blir borte eller dersom innsatte tar overdose etter å ha salet opp medisiner over tid.

- ***Det bør presiseres når det er forventet at den kommunale helse- og omsorgstjenesten innhenter informasjon om den innsattes legemiddelbruk for å unngå unødig opphold i legemiddelbehandlingen.***

- ***De faglige rådene bør omtale håndtering av legemidler på utenlandsk resept.***

Til kapittel 9 om helsepersonells ansvar ved bruk av isolasjon og tvangsmidler

Utkastets kapittel 9 omhandler helsepersonells ansvar når innsatte i fengsel utsettes for isolasjon eller bruk av tvangsmidler som sikkerhetscelle og sikkerhetsseng (belter). Mandelareglene slår fast at helsepersonell, som uavhengig av kriminalomsorgen og som behandler, aldri skal bidra til kriminalomsorgens beslutninger om å bruke makt eller tvang, utover å tydelig formidle eventuelle helsemessige bekymringer for den innsatte.[30]

Mangler i tilsyn og medisinsk oppfølging av innsatte som er isolerte eller som utsettes for andre inngripende tvangstiltak, kan resultere i krenkelse av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen.[31] EMD legger til grunn at det ved isolasjon må være etablert et system med jevnlig overvåking av den innsattes fysiske og psykiske helsetilstand av helsepersonell i fengselet.[32] Ifølge både Mandelareglene og De europeiske fengselsreglene skal helsepersonell tilse alle isolerte allerede ved plassering i isolasjon og deretter daglig.[33]

Vi viser her også til våre merknader som gjelder kapittel 1, om helsetjenestens meldeplikt, blant annet ved bekymring for isolasjonsskader.

Isolasjonens omfang og forholdet til helsepersonells tilsyn

Helserisikoen forbundet med isolasjon gjør det viktig å sikre at helsetjenesten har gode og trygge rutiner for å sikre jevnlig oppfølging av alle som er isolert. Høringsutkastet legger til grunn at innsatte skal ha tilsyn av helsepersonell minst én gang i døgnet dersom de er isolert i 22 timer eller mer i døgnet.[34] Dersom den innsatte isoleres «store deler av døgnet (men mindre enn 22 timer)» skal «[l]ege etter selvstendig vurdering, og i samråd med innsatte, vurdere hyppigheten av undersøkelser/besøk. Hyppigheten avpasses etter innsattes helsetilstand, ønsker og grad av isolasjon.»[35]

---

[30] Mandelareglene, regel 46.

[31] EMD *Keenan mot Storbritannia*, klagenr. 27229, 4. mars 2001, avsnitt 109-116; EMD (2007). EMD *Khider mot Frankrike*, klagenr. 39364/05. 9. juli 2007 avsnitt 119–122; EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnitt 120; EMD *Rhode mot Danmark*, klagenr. 69332/01, 21. juli 2005, avsnitt 99; EMD *Riviere mot Frankrike*, klagenr. 33834/03, 25. juli 2013, avsnitt 63

[32] EMD *Babar Ahmad og andre* mot Storbritannia, klagenr. 24027/07 m.fl., 10. april 2012, avsnitt 212; FNs spesialrapportør mot tortur (2011). Rapport til FNs generalforsamling, 5. august, A/66/268, avsnitt 100.

[33] Mandelareglene, regel 46 nr. 1; De europeiske fengselsreglene, regel 42.3 og

[34] Tilsvarende note 12, på s. 65.

[35] Tilsvarende note 12, på s. 65.

Etter ombudets vurdering medfører Helsedirektoratets forslag utfordringer i lys av justis- og beredskapsdepartementets forslag til endringer i straffegjennomføringsloven § 37. Her legger departementet opp til at alle innsatte som har tilgang til mindre enn fire timers fellesskap med andre innsatte per dag, skal anses som *utelukket*. Innsatte som har tilgang til fire timer fellesskap med andre innsatte per dag, men hvor fellesskapet utover fire timer er begrenset på grunn av forhold ved den innsatte, anses som *delvis utelukket*.[36] Justis- og beredskapsdepartementet presiserer at man ikke ønsker å lovfeste et krav om tilsyn fra helsepersonell overfor personer som er utelukket. Isteden legges det til grunn at tilsynskravet skal utledes fra det helserettslige forsvarlighetskravet, og skal presiseres nærmere i høringsutkastet til Helsedirektoratet.[37] I vårt innspill til Justis- og beredskapsdepartementets høringsutkast, har vi anbefalt at det lovfestes et krav om tilsyn fra helsepersonell i helse- og omsorgstjenesteloven.

Etter ombudets vurdering bør de faglige rådene for helsetjenestene ta utgangspunkt i at isolasjon er skadelig og at det vil variere hvor raskt skade kan inntreffe. Også isolasjon for kortere perioder enn 22 timer har et skadepotensial som gjør det viktig at helsetjenesten utfører jevnlig tilsyn med den innsatte. Samtidig bør rådene være mest mulig praktiske å følge for å sikre overholdelse. En ordning som den utkastet foreslår, innebærer at helsetjenesten ikke lenger skal legge til grunn at et vedtak om utelukkelse medfører isolasjon som utløser oppfølging fra helsepersonell. Dette vil medføre risiko for at innsatte som er isolert likevel ikke fanges opp av helsetjenesten fordi dette vil være avhengig av en konkret vurdering av isolasjonsomfanget for hver enkelt innsatt.

Sivilombudet merker seg at utkastet legger opp til at kriminalomsorgen og helsetjenestene utarbeider en felles rutine om hvordan innsatte i isolasjon kan kontakte helsetjenestene. En slik rutine er viktig for å sikre innsattes *reelle* mulighet til å komme i kontakt med helsetjenesten.

Tilsyn ved fengselets bruk av tvangsmidler

Når det gjelder krav til tilsyn fra helsepersonell ved bruk av sikkerhetsseng, har vi merket oss at kravene til hyppigheten er atskillig lavere enn de tilsvarende reglene for tilsyn ved bruk av belteseng i det psykiske helsevernet. Ved sammenhengende bruk av mekaniske tvangsmidler ut over åtte timer, skal det så langt det er mulig sørges for at pasienten gis «friere forpleining». I praksis foregår dette ofte ved undersøkelse av en lege som sjekker pasientens helsetilstand, herunder blodsirkulasjon og eventuelt behov for forebyggende tiltak mot trombose (blodpropp). Helsedirektoratet bør vurdere å innføre et krav til tilsyn fra helsepersonell ved bruk av sikkerhetsseng som tilsvarer kravene i det psykiske helsevernet. Det bør også vurderes om slike tilsyn bør utføres av lege.

Høringsutkastet presiserer at «[h]elsepersonell [skal være] oppmerksomme på senskader ved opphevelse av bruk av sikkerhetsseng».[38] I tillegg står det at «[h]elsepersonell har en sentral rolle overfor innsatte ved bruk av sikkerhetsseng fordi begrunnelsen ofte er knyttet til selvskading og selvmordsrisiko». Sivilombudet understreker at de samme forhold i stor grad gjør seg gjeldende også ved bruk av sikkerhetscelle. I noen fengsler brukes både utelukkelse og sikkerhetscelle som tiltak ved selvmordsfare. Vi anbefaler at helsepersonells tilsvarende rolle i disse situasjonene også beskrives i rådene.

---

[36] Justis- og beredskapsdepartementet (2023). Forslag til endringer i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel) [nettdokument]. Oslo: Justis- og beredskapsdepartementet, s. 6.
[37] Tilsvarende note 36, s. 84.
[38] Tilsvarende note 12, på s. 63.

Etter forslaget til endringer i straffegjennomføringsloven skal kriminalomsorgen straks varsle den ansvarlige helse- og omsorgstjenesten og anmode om tilsyn og oppfølging av den innsatte ved innsettelse i sikkerhetscelle. Ombudet gjør oppmerksom på vår høringsuttalelse i forbindelse med Justis- og beredskapsdepartementets forslag til straffegjennomføringslov. I sitt forslag slutter departementet seg til målsetningen om å avvikle bruk av sikkerhetsseng som tvangsmiddel i fengsel. I påvente av Kriminalomsorgsdirektoratets arbeid med en handlingsplan for å avvikle bruken, foreslås en hjemmel både for sikkerhetsseng og for de tvangsmidlene som er vurdert som aktuelle alternativer etter at bruk av sikkerhetsseng avvikles. Utkastet til § 38 d omfatter derfor også bruk av «løse belter og beskyttelseshjelm». I ombudets høringsuttalelse har vi på dette punkt understreket at:

«Når det gjelder forslaget om å gi hjemmel for bruk av løse belter og beskyttelseshjelm vil ombudet peke på at det hittil er sparsomt med informasjon om det mulige bruksområdet for slike tiltak, utover at de er tenkt som mulige erstatningstiltak for sikkerhetsseng i akutte tilfeller. Ombudet vil vise til at også slike tiltak reiser viktige spørsmål som det er behov for en grundigere gjennomgang av, dersom forslagene videreføres i lovproposisjonen. Blant annet tyder ombudets funn fra besøk i psykisk helsevern, der liknende belter er tillatt, på at bruk av slike tvangsmidler kan øke risikoen for normalisering og mer omfattende bruk av slik tvang. Det er her også viktig å ta hensyn til at helsepersonell i langt mindre grad er til stede under bruk av slike tvangsmidler i fengsel enn i psykisk helsevern. Ombudet vil også fremheve betydningen av at det ved en eventuell godkjenning av beskyttelseshjelm som tvangsmiddel i kombinasjon med løse belter, må sikres at dette utstyret ikke har en utforming som gir risiko for sansedeprivasjon, ved å begrense den innsattes syn eller hørsel, eller på andre måter kan bidra til økt risiko for umenneskelig eller nedverdigende behandling.[39]

Helsedirektoratets utkast til nasjonale faglige råd omtaler ikke Justis- og beredskapsdepartementets forslag om hjemmel for bruk av løse belter og beskyttelseshjelm. Sivilombudet påpeker behovet for at Helsedirektoratet vurderer hvordan helsetjenesten skal ivareta innsattes rett til forsvarlig helsehjelp ved bruk av slike tvangsmidler, dersom en hjemmel for det blir vedtatt.

Dokumentasjon av tilsyn

Å dokumentere opplysninger som knytter seg til isolasjon eller iverksettelsen av andre tvangstiltak overfor den innsatte er viktig ikke bare for å kartlegge hvor hyppig de anvendes og hvordan de påvirker den innsatte, men også med tanke på meldeplikten til helsetjenesten (se våre merknader til utkastet kapittel 1).

I forbindelse med tidligere besøk, har vi sett at det mangler en overordnet oversikt som redegjør for hvor lenge innsatte har vært isolert, hva helsetjenesten observerte under tilsynet med den innsatte, hvilke vurderinger de har gjort av den innsattes fysiske og psykiske helse, inkludert eventuelle isolasjonskader, samt om tiltaket fremstår forsvarlig eller ikke.[40] Dersom tilsynet med den innsatte gjennomføres av legevakten, må helsetjenesten i tillegg sørge for at de funn og vurderinger som legevakten gjør, dokumenteres i den innsattes journal.

Innsatte som avstår fra fellesskap etter eget ønske

Kriminalomsorgen skal uten ugrunnet opphold varsle ansvarlig helsetjeneste om utelukkelse og anmode om tilsyn og oppfølging av den innsatte. I høringssvaret til lovutkastet har ombudet anbefalt at varslingsplikten også bør gjelde der innsatte avstår fra fellesskap etter eget ønske. I

[39] Spesialenheten for politisaker, årsrapport 2019, side 19.

[40] Se blant annet Sivilombudet (2023). Besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt, side 80.

Helsedirektoratets utkast til nasjonale faglige råd for helsetjenesten i fengsler legges det opp til en samsvarende tilsynspraksis for de som er isolert etter straffegjennomføringsloven § 37 om hel eller delvis utelukkelse og de som selv velger å avstå fra fellesskapet. Dersom Sivilombudets høringsinnspill til lovutkastet på dette punkt ikke følges opp av Justis- og beredskapsdepartementet, mener Sivilombudet at de nasjonale faglige rådene må gi uttrykk for at helsetjenesten må jobbe for å skaffe seg en oversikt over hvilke innsatte som har utelukket seg selv fra fellesskapet. Dette vil være nødvendig for å sikre at tilsyn kan gjennomføres.

Barn og unge innsatte

Forslag til ny § 37 og § 37 f i straffegjennomføringsloven åpner for hel utelukkelse også av innsatte under 18 år. Barn er spesielt sårbare, og har et særlig menneskerettslig vern.[41] Barns sårbarhet innebærer at det skal mindre til for å bryte terskelen for krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling.[42]

I forslaget til faglige råd om tilsyn fra helsepersonell er det ikke skilt mellom mindreårige, unge innsatte og voksne. Det er lagt opp til at de samme faglige rådene skal gjelde uavhengig av alder. Alder og annen sårbarhet er heller ikke nevnt som momenter i vurderingen av hvor ofte helse- og omsorgstjenesten skal besøke den innsatte (side 65), selv om dette etter vår oppfatning vil kunne følge av kravet til forsvarlighet etter helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 og helsepersonelloven § 4.

Ombudet har i Særskilt melding til Stortinget i 2019 pekt på at isolasjon av unge innsatte er et svært inngripende tvangstiltak, og kan ha et stort skadepotensial.[43] Mindreårige og unge innsatte er en gruppe med høy forekomst av psykiske plager, lærevansker, en vanskelig bakgrunn med omsorgssvikt og traumer i form av mishandling og overgrep. Normalutvikling innebærer blant annet at hjernen ikke er ferdig utviklet før et stykke opp i 20-årene, og risikoen for skader vil være større også for unge over 18 år.[44] Dette tilsier at unge voksne som gjennomfører straff, har behov for en forsterket oppfølging. Som det er vist til i høringsforslaget kapittel 2, har kriminalomsorgen utarbeidet en fagstrategi om unge domfelte og innsatte i alderen 18–24 år. Fagstrategien bygger på nevnte kunnskap om de kognitive og utviklingsmessige forutsetningene som unge mellom 18 og 24 år har.[45]

På denne bakgrunn, og i lys av mindreåriges særlige menneskerettighetsvern, mener ombudet at det bør gis egne faglige råd om tilsyn fra helsepersonell av innsatte i alderen 15–17 år som er isolerte. Den kunnskapen vi har om unges utvikling i alderen 18–24 år taler for at det også bør gis egne faglige råd om tilsyn fra helsepersonell av innsatte i denne gruppen. Etter ombudets vurdering vil det kunne være gjensidig forsterkende at kriminalomsorgen og helse- og omsorgstjenesten har en felles målrettet innsats overfor unge innsatte.

- ***De nasjonale faglige rådene bør presisere behovet for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten fører en overordnet oversikt over hvor lenge innsatte er isolerte, årsak til***

[41] Grunnloven § 104 og FNs barnekonvensjon.
[42] EMD *Bouyid mot Belgia*, klagenr. 23380/09, 28. september 2015, avsnitt 109; FNs menneskerettighetsråd, rapport fra FNs spesialrapportør for tortur, 5. mars 2015, A/HRC/28/68, avsnitt 69 og 70.
[43] Sivilombudet (2021). Barn i arrest: Besøk til Oslo politidistrikt og begrenset undersøkelse av landets politidistrikter, 11.-12. mai, s. 13-15.
[44] Sivilombudet (2018/19). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler, s. 59.
[45] https://www.kriminalomsorgen.no/fagstrategi-om-unge-innsatte-og-domfelte-ferdigstilt.6392871-516313.html

isolasjon, helsetilstand, og eventuelle negative helseeffekter av isolasjonen over tid og hvilke tiltak som vurderes igangsatt for å bedre helsetilstanden.

- ***De nasjonale faglige rådene bør gi uttrykk for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten må holde oversikt over hvilke innsatte som har utelukket seg selv fra fellesskapet, slik at helsetjenesten kan gjennomføre tilsyn med disse.***

- ***Det faglige rådet om tilsyn fra helsepersonell minst én gang i døgnet ved bruk av isolasjon, inkludert helger og helligdager, bør sammenfalle med bestemmelsen om utelukkelse i straffegjennomføringsloven ny § 37, eller som i samme omfang avstår fra fellesskap etter eget ønske.***

- ***Det bør utformes egne faglige råd om tilsyn fra helsepersonell av unge innsatte i alderen 15–17 og 18–24 år som er isolerte.***

- ***De faglige rådene om tilsyn fra helsepersonell av innsatte i sikkerhetscelle, bør også omfatte polstret celle dersom dette blir innført i fengslene.***

- ***Det bør utformes faglige råd om helsepersonells oppfølging av innsatte som er påført løse belter og beskyttelseshjelm dersom dette blir innført i fengslene.***

Hanne Harlem
sivilombud

Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner, og har derfor ikke håndskrevet underskri