



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 79

Nordland fengsel, avdeling Bodø

20.–22. november 2023



Forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse



SIVILOMBUDET

Nordland fengsel, avdeling Bodø
Bodø kommune v/fengselshelsetjenesten
Nordlandssykehuset HF

Vår referanse
2023/1460

Deres referanse
«Ref»

Vår saksbehandler
Mette Jansen Wannerstedt

Dato
19.06.2024

Oversendelse av rapport etter besøk til Nordland fengsel, avdeling Bodø 20.-22. november 2023

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Nordland fengsel, avdeling Bodø (høy sikkerhet 20.-22. november 2023).

Vedlagt følger rapporten fra besøket. Vi ber om at den blir gjort tilgjengelig for innsatte, ansatte og andre som ønsker å lese den. Vi ber om at fengselet og helseavdelingen gir hver sin tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen 31. oktober 2024.

Vi ber om at svarene utformes slik at de kan offentliggjøres. Dersom svarene inneholder opplysninger som ikke kan offentliggjøres, ber vi om at det opplyses om dette og sendes en sladdet versjon som kan offentliggjøres. Vi ber om at hjemmel for å unnta opplysningene oppgis. Med mindre annet blir opplyst, vil det bli lagt til grunn at svarene kan offentliggjøres i sin helhet.

Hanne Harlem

sivilombud

Helga Fastrup Ervik
avdelingssjef

Dette brevet er godkjent etter gjeldende interne rutiner og har derfor ikke håndskrevet underskrift.

Kopi til:

JUSTIS- OG BEREDSKAPSDEPARTEMENTET
KRIMINALOMSORGSDIREKTORATET
KRIMINALOMSORGEN REGION NORD AVD
ADMINISTRASJON
HELSEDIREKTORATET



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Bodø fengsel

20.-22. november 2023

Innholdsfortegnelse

I. Sivilombudets forebyggingsmandat.....	4
II. Sammendrag.....	5
III. Anbefalinger	8
1 Sentrale rettskilder om innsattes rettigheter	11
2 Gjennomføring av besøket	13
3 Bodø fengsel	14
3.1 Fengselet.....	14
3.2 Helsetjenestene	14
4 Fængselshverdagen.....	16
4.1 Dagtilbud.....	16
4.1.1 Arbeidsdrift, skoleplasser, lavterskeltilbud og program	16
4.1.2 Tilgang til friluft.....	18
4.2 Krevende bemanningssituasjon.....	19
4.3 Trygghet	19
4.4 Kommunikasjon og manglende bruk av tolk	21
5 Kontakt med omverdenen.....	23
6.1 Skadevirkninger av isolasjon	26
6.2 Tid utenfor cellen	27
6.3 Utelukkelse fra fellesskapet	28
6.3.1 Omfang av utelukkelse fra fellesskapet.....	28
6.3.2 Oppfølging av isolerte innsatte	28
7 Bruk av tvangsmidler.....	31
7.1 Sikkerhetscelle	31
7.1.1 Utforming av sikkerhetscellene	31
7.1.2 Bruk av sikkerhetscelle.....	32
7.1.3 Oppfølging på sikkerhetscelle	33
7.2 Inngripende kroppsvisitasjon.....	34
8 Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord	35
8.1 Omfang.....	36
8.2 Forebygging av selvmord	36
8.2.1 Kartlegging av risiko	36
8.2.2 Manglende forebyggingstiltak i enkeltsaker.....	37
8.3 Evaluering og læring etter selvmord.....	37
9 Innsattes helserettigheter	41
9.1 Organisering og samarbeid	42
9.1.1 Fysiske forhold	42

9.1.2 Samarbeid i hverdagen	43
9.1.3 Samarbeidsmøter på ledelsesnivå	43
9.2 Helsekartlegging.....	44
9.2.1 Helsekartlegging innen 24 timer	45
9.2.2 Kartlegging og oppfølging av selvmordsrisiko	46
9.3 Kontakt med helsetjenesten (samtaletapper)	48
9.4 Medisinhåndtering.....	49
9.5 Kontinuitet i helseoppfølging.....	50
9.6 Bruk av tolk hos helseavdelingen.....	51
9.7 Helseoppfølging av isolerte innsatte	52
9.7.1 Manglende tilsyn og oppfølging av isolerte innsatte.....	53

I. Sivilombudets forebyggingsmandat

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er slått fast i en rekke internasjonale konvensjoner som er bindende for Norge.

Sentralt står FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff (torturkonvensjonen), som ble vedtatt i 1984. Det samme forbudet er også nedfelt i FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (artikkel 7), FNs barnekonvensjon (artikkel 37), FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne (artikkel 15) og Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (artikkel 3). Norge har sluttet seg til alle disse konvensjonene. Også i Grunnloven, nærmere bestemt i § 93 andre ledd, etableres det et forbud mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Mennesker som er fratatt friheten, er sårbare for brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig behandling. Dette er bakgrunnen for at en tilleggsprotokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ble vedtatt av FN i 2002.

Protokollen pålegger statene å ha et organ som skal forebygge at mennesker som er fratatt friheten, utsettes for tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.¹ Det er opprettet en egen forebyggingsenhet ved Sivilombudets kontor for å utføre denne oppgaven.

Sivilombudet har adgang til alle steder hvor mennesker er, eller kan være, fratatt friheten. Dette omfatter blant annet fengsler, politiarrester, psykisk helseverninstitusjoner og barnevernsinstitusjoner. Besøkene gjøres med eller uten forhåndsvarsel. Ombudet har også tilgang til alle opplysninger av betydning for hvordan frihetsberøvelsen gjennomføres.

Risiko for tortur eller umenneskelig behandling påvirkes av faktorer som rettslige og institusjonelle rammer, fysiske forhold, opplæring, ressurser, ledelse og institusjonskultur.² Effektivt forebyggingsarbeid krever derfor en bred tilnærming.

Sivilombudets vurderinger av forhold som utgjør risiko for tortur og umenneskelig behandling, skjer på bakgrunn av et bredt kildegrunnlag. Under besøkene undersøker forebyggingsenheten forholdene på stedet gjennom observasjoner, samtaler og gjennomgang av dokumentasjon. Private samtaler med de som er fratatt friheten er en særlig viktig informasjonskilde, fordi de har førstehåndskunnskap om forholdene. Det gjennomføres også samtaler med ansatte, ledelse og andre. Videre innhentes dokumentasjon for å belyse forholdene på stedet, blant annet retningslinjer, vedtak, logger og helsedokumentasjon.

Etter hvert besøk utarbeides det en rapport med funn og anbefalinger om hvordan stedet kan forebygge tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.

Besøksrapportene publiseres på Sivilombudets nettside, og stedene gis en frist for å orientere ombudet om sin oppfølging av anbefalingene. Disse brevene publiseres også.

I arbeidet med å ivareta forebyggingsmandatet har Sivilombudet også utstrakt dialog med nasjonale myndigheter, forvaltningens tilsynsorganer, sivilt samfunn og internasjonale menneskerettighetsorganer.

¹ Sivilombudsloven § 1, § 17, § 18 og § 19.

² Se valgfri protokoll til FNs konvensjon mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff, artikkel 3.

II. Sammendrag

Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte et besøk til Nordland fengsel, avdeling høy sikkerhet Bodø (Bodø fengsel) 20.-22. november 2023. Fengselet ble etablert i 1940 og har ordinær kapasitet på 56 plasser med høyt sikkerhetsnivå.

Isolasjon, innlåsing og manglende dagtilbud

På besøkstidspunktet manglet mer enn en tredjedel av de innsatte tilbud og noen måtte vente lenge på et dagtilbud. Manglende sysselsetting kunne skape uro og frustrasjon.

Innsatte som ikke var sysselsatt, og alle innsatte i helgen, var mindre enn åtte timer utlåst fra cella. Til tross for etableringen av et aktivitetsteam, fikk isolerte innsatte ikke alltid fikk oppfylt minimumskravet om to timers meningsfull kontakt.

Mulighetene for å være i fysisk aktivitet i luftegården var begrensede og noen opplevde luftegården som utrygg. Det kom også frem at luftetiden hele uka var sen ettermiddag. Dette innebar at innsatte i vinterhalvåret kun var ute i friluft etter at det var blitt mørkt.

Krevende bemanningssituasjon og utrygghet

Flere ansatte opplevde stort arbeidspress, og at det ikke var tilstrekkelig tid til å aktivisere eller følge opp innsatte. Ifølge fengselet var lav bemanning årsaken til at innsatte kun var låst ut fra cellen syv timer per dag. Situasjonen medførte at kjerneoppgaver som tilbakeføringsarbeid, tilstedeværelse i fellesskapet og kontaktbetjentarbeid, ofte måtte nedprioriteres. I noen tilfeller måtte sosiale fremstillinger og helsefremstillinger avlyses.

Lav bemanning syntes også å påvirke den dynamiske sikkerheten. Det hadde vært en markant økning i rapportert vold mellom innsatte fra 2022 (to hendelser) til 2023 (14 hendelser). Flere innsatte unngikk å oppholde seg i fellesområder som følge av voldsepisoder, trusler eller konflikter.

Lite bruk av tolk

Tolk ble brukt i svært få tilfeller og det kunne ikke konstateres om det var blitt brukt ved innsatssamtaler og kartlegging av selvmordsrisiko i 2023. Det var uklart om økonomiske begrensninger var årsaken til at tolk i så liten grad ble benyttet. Manglende bruk av tolk er særlig urovekkende når det gjelder nye innsatte.

Mulighet for kontakt med omverden

Flere innsatte hadde fått utvidet ringetiden med ti minutter, blant annet begrunnet med helseutfordringer, forsørgeransvar eller sykdom i familien. Dette er positivt, men ombudet peker på at ti minutter ekstra ringetid i uka gir innsatte og pårørende lite rom for kontakt og gjensidig støtte.

Bruk av tvangsmidler

De to sikkerhetscellene i fengselet var små, og den lave takhøyden ga en klaustrofobisk opplevelse. Også mangelen på utsyn og direkte dagslys var problematisk. Samlet utgjorde utformingen av sikkerhetscellene en klar risiko for umenneskelig behandling, og ombudet vurderer at sikkerhetscellene i sin nåværende form ikke bør brukes.

Flertallet av plasseringene på sikkerhetscelle var begrunnet med selvmordsfare. Sivilombudet har gjentatte ganger understreket risikoen ved å bruke sikkerhetscelle som tiltak ved selvmordsfare. I

dokumentgjennomgangen kom det frem at en innsatt hadde vært naken på sikkerhetscellen i flere timer med kun et teppe til å dekke seg med.

Selvmondsforebygging og mangler i evaluering etter selvmord

I årene 2021-2023 var det fem selvmord og seks selvmordsforsøk i Bodø fengsel. Det manglet konkrete forebyggingstiltak i flere av sakene der det var identifisert risiko for selvmord.

Gjennomgående ga både ansatte og ledelsen uttrykk for at selvmordene de siste tre årene hadde kommet uten forvarsel. Vår gjennomgang avdekket imidlertid flere forhold som tilsa en forhøyet risiko ved disse innsatte og at både fengselet, helseavdelingen og pårørende hadde vært bekymret for de innsatte.

Under besøket viste innsatte til at isolasjon og sikkerhetscelle var blant tiltakene som kunne bli brukt dersom de delte bekymringer og tanker om å ta sitt eget liv, eller bekymring for andre. At nesten alle hadde tatt livet sitt om natten, bidro til at innsatte var særlig bekymret for om de ville bli ivaretatt om natten. Mulige kutt i nattbemanningen forsterket bekymringen også blant ansatte.

Helseavdelingens kartlegging av selvmordsrisiko ved innkomst var mangelfull. Blant annet hadde helseavdelingen ikke gjennomført selvmordskartlegging av fire av de fem som tok sitt liv. Kommunen hadde kun meldt det siste selvmordet til Statens helsetilsyn.

Gjennomgående så vi et sterkt behov for å styrke evaluering og læring etter alvorlige hendelser som selvmordsforsøk og selvmord. Dette omfattet også behov for et styrket samarbeid mellom fengselet og helseavdelingen.

Helsetilbudet til innsatte

Dokumentgjennomgangen viste at helsetjenestene var bekymret for økt sykkelighet over tid blant de innsatte, at helsetjenestene ikke fikk utnyttet sin fulle kapasitet på grunn av manglende plass og uegnede lokaler, og at kveld og natt var krevende perioder for innsatte med psykiske problemer.

Vi fant at det var behov for et mer strukturert samarbeid mellom fengsel, helseavdeling og poliklinikk. Behovet for dette var særlig stort når det gjaldt isolerte innsatte, innsatte som sliter med psykisk helse og innsatte som skader seg selv eller har selvmordsrisiko.

Mangelfull helsekartlegging

Helsekartleggingen ved innkomst var mangelfull, og det var ikke mulig å slå fast om den skjedde innen 24 timer etter innsettelse. Det ble ikke alltid foretatt helsekartlegging eller kartlegging av selvskading og selvmordsrisiko ved innsettelse, innsattes unge alder ble ikke systematisk vurdert, og rus- og abstinenskartlegging var lite detaljert beskrevet. Rus-/abstinensproblematikk ble heller ikke systematisk inkludert som mulig risikofaktor i kartlegging av selvmordsrisiko.

Manglende tilsyn og oppfølging av isolerte innsatte

Innsatte som var isolert fikk ikke alltid legetilsyn innen 24 timer, eller når de ba om dette. I dokumentgjennomgangen kom det frem tre tilfeller av manglende daglig tilsyn av innsatte som var fullt isolert etter beslutning av retten. I alle de tre tilfellene var det også andre mangler i helseoppfølgingen, som helsekartlegging ved innkomst og kartlegging av selvmordsrisiko. Ett av tilfellene gjaldt en ung innsatt mellom 18 og 24 år. Disse funnene ga grunn for sterk bekymring om ivaretagelsen av innsatte på full isolasjon. I noen tilfeller var det heller ikke daglig helsetilsyn ved sikkerhetscelleopphold som gikk over flere dager.

Risiko for uforsvarlig medisinhandling

Ifølge helseavdelingens rutiner skulle medisindosettene oppbevares i låsbar medisintralle på vaktrommene i fengselet og det skulle kvitteres for all medisin på eget skjema per pasient. Besøket avdekket imidlertid at medisindosetter lå åpent tilgjengelig på vaktrommene og at skjema for medisinutdeling ikke alltid ble signert. Samlet sett fant vi en klar risiko for uforsvarlig medisinhandling.

Mangler i kontinuiteten i helseoppfølgingen

I forbindelse med kortvarige innleggelser ved akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset, kom det frem at fengselet og helseavdelingen i noen tilfeller savnet tydeligere informasjon fra sykehuset om videre oppfølging ved tilbakekomst i fengsel.

Fremstillinger til helsetjenester utenfor fengselet kunne bli avlyst på kort varsel på grunn av manglende kapasitet hos fengselet. Hverken fengsel eller helseavdeling førte imidlertid oversikt over avlyste eller utsatte fremstillinger. Mangelen på system for å registrere avlyste og utsatte fremstillinger og hvor lang tid det tar før ny fremstilling ble gjennomført, øker risikoen for at alvorlig sykdomstilstand ikke fanges opp i tide.

III. Anbefalinger

Anbefaling: Dagtilbud

1. Fengselet bør så langt det er mulig sikre at alle innsatte har et dagtilbud i form av arbeid eller opplæring.

Anbefaling: Tilgang til luft

2. Fengselet bør sikre at luftegårdene er trygge og tilgjengelige hele året, og at det er mulig å få ly for været. Fengselet bør også styrke innsattes tilgang til friluft mens det er dagslys.

Anbefaling: Trygghet

3. Fengselet bør gjennom økt tilstedeværelse av fengselsbetjenter sikre bedre ivaretagelse av tryggheten til både innsatte og ansatte.

Anbefalinger: Kommunikasjon og mangel på bruk av tolk

4. Fengselet bør sikre at alle innsatte, uansett språk, har lik tilgang til informasjon og tjenester.
5. Fengselet bør tilby tolk ved innkomstsamtale til alle innsatte som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter. Tolk bør også brukes når viktig informasjon skal gis eller innsatte ønsker å formidle informasjon til fengselet. Tilbud om og bruk av tolk bør dokumenteres.

Anbefaling: Kontakt med omverdenen

6. Fengselet bør styrke innsattes muligheter til kontakt med omverden, og særlig venner og familie, gjennom telefon, videosamtaler og besøk.

Anbefaling: Innlåsing og isolasjon

7. Fengselet bør sikre at alle innsatte som ikke er isolert kan tilbringe minst åtte timer utenfor cellen hver dag og drive med meningsfulle aktiviteter, inkludert i helgene.
8. Fengselet må sikre at innsatte som selvisolerer og innsatte som er utelukket fra fellesskapet, får nødvendig oppfølging, og som minimum to timers meningsfull sosial kontakt.
9. Fengselet bør sikre at alle utelukkelsesvedtak konkret og detaljert beskriver årsaken til utelukkelse og hvilke lempeligere midler som er forsøkt benyttet, samt hvorfor disse eventuelt anses utilstrekkelige.
10. Fengselet bør styrke sitt arbeid for å redusere risikoen for isolasjonsskader for alle innsatte som er isolert, samt sikre at eventuelle avvik dokumenteres og følges opp systematisk.
11. Det bør sikres at innsatte alltid gis tilbud om minst én times opphold i friluft i en luftegård med muligheter for fysisk aktivitet og tilgang til dagslys hver dag.

Anbefaling: Isolasjon og bruk av tvangsmidler

12. Fengselet bør ta initiativ til å sikre at sikkerhetscellene får en utforming som er mindre belastende. I sin nåværende utforming bør sikkerhetscellene ikke benyttes.
13. Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle vedtak inneholder en konkret begrunnelse for at tiltaket er strengt nødvendig og en konkret beskrivelse av hvilke mindre inngripende tiltak som har vært forsøkt, og hvorfor disse ikke har ført frem.
14. Fengselet bør forbedre sine dokumentasjonsrutiner ved sikkerhetscelleopphold.

15. Innsatte bør som hovedregel få ha på seg egne klær under opphold på sikkerhetscelle. Ved akutt selvmordsrisiko bør den innsatte få tilbud om rivesikre, selvmordsforebyggende klær.
16. Visitasjon med full avkledning bør gjennomføres trinnvis, ved at innsatte får tilbake klær på overkroppen før plagg nedentil fjernes for å gjøre visitasjonsprosessen så skånsom som mulig. Det bør sikres at dette dokumenteres.

Anbefaling: Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord

17. Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle innsatte kartlegges for selvmord- og selvskadingsrisiko, både ved innsettelse og underveis i fengselsoppholdet.
18. Fengselet bør sikre at innsatte som har forhøyet risiko for selvmord og selvskading blir møtt med kunnskapsbaserte forebyggingstiltak, som for eksempel økt menneskelig kontakt, omsorg og aktivisering.
19. Fengselet bør sikre systematisk evaluering av rutiner og iverksetting av forebyggende tiltak etter episoder med selvskading og selvmord.
20. Isolasjon bør ikke brukes for å forebygge selvskading, selvmordsforsøk og selvmord.

Anbefalinger: Organisering og samarbeid

21. Fengselet bør sikre at helsetjenestene får egnede lokaler og nok plass, herunder sikre at helsetjenestenes kapasitet ikke blir forringet på grunn av lokalene.
22. Fengselet, kommunen og sykehuset bør sikre fast møtestruktur mellom partene på lokalt ledelsesnivå.
23. Fengselet, kommunen og sykehuset bør samarbeide om helsefremmende tiltak for de innsatte. Dette bør inkludere tiltak både for å forebygge og redusere helseskader, og tiltak for å forebygge selvmord og selvskading.

Anbefalinger: Helsekartlegging

24. Kommunen bør sikre kartlegging og vurdering av helsebehov ved innkomst og senest innen 24 timer, også utenfor helseavdelingens åpningstid.
25. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko bør alltid gjøres ved innkomst, og underveis ved behov.
26. Kommunen bør sikre kartlegging og vurdering av rusproblematikk, inkludert abstinens tilstander og registrering av vitale mål.
27. Kommunen bør ha et kamera tilgjengelig slik at eventuelle skader på innsatte kan dokumenteres i journal.
28. Kommunen bør sikre at unge innsatte får alders- og situasjonstilpasset informasjon og oppfølging.

Anbefaling: Kontakt med helsetjenesten

29. Kommunen og fengselet bør sammen sikre at innsatte kan henvende seg direkte til helseavdelingen uten at taushetsbelagt helseinformasjon blir tilgjengelig for uvedkommende.

Anbefaling: Medisinhandling

30. Fengselet og kommunen bør sammen sikre systemer for forsvarlig medisinhandling.

Anbefaling: Kontinuitet i helseoppfølging

31. Fengselet og kommunen bør hver for seg holde oversikt over avlyste og utsatte fremstillinger til helsetjenester, og sammen jobbe for at de innsatte får nødvendig helseoppfølging.

Anbefalinger: Helseoppfølging av isolerte innsatte

32. Kommunen bør sikre daglig tilsyn og oppfølging av innsatte som er isolerte, uavhengig av om det er vedtak fattet av fengselet, full isolasjon av retten eller selvisolasjon.
33. Kommunen bør sikre en systematisk og helhetlig oversikt over innsatte som er isolerte, inkludert årsak til isolasjonen, hvor lenge isolasjonen varer, eventuelle negative helseeffekter, og når helsepersonell har gjennomført tilsyn herunder både helseavdeling og legevakt.

1 Sentrale rettskilder om innsattes rettigheter³

Innsattes rettigheter under opphold i fengsel er regulert i straffegjennomføringsloven og i helselovgivningen.⁴

Etter Grunnloven § 92 må straffegjennomføringsloven som all annen lovgivning tolkes og praktiseres i tråd med menneskerettighetene. Statens myndigheter, inkludert forvaltningen, skal respektere og sikre menneskerettighetene «på det nivå de er gjennomført i norsk rett».⁵

Myndighetenes plikt til å håndheve innsattes menneskerettigheter omfatter rettigheter i Grunnloven⁶ og rettigheter i internasjonale avtaler som er folkerettslig bindende for Norge. Flere sentrale konvensjoner er gjort til norsk lov gjennom menneskerettsloven og skal ved motstrid gå foran annen lovgivning.⁷

Blant disse er Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (heretter EMK) sentral, fordi konvensjonen tolkes og håndheves av en domstol som treffer rettslig bindende avgjørelser – Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (heretter EMD). Domstolens avgjørelser har sentral betydning som rettskildefaktor ved tolkning av konvensjonen. Norske domstoler skal basere sin konvensjonstolkning på EMDs egne tolkningsprinsipper, selv om det i første rekke er EMDs rolle å utvikle konvensjonen.⁸ Ved tolkning av konvensjonsbestemmelsene vil praksis fra EMD derfor være en tungtveiende rettskildefaktor.⁹

FNs menneskerettighetskonvensjoner tolkes av komiteer som er sammensatt av uavhengige eksperter. Komiteenes uttalelser i individklagesaker er ikke rettslig bindende, men uttalelser fra for eksempel FNs menneskerettskomité, er blitt tillagt «betydelig vekt som rettskilde» i norsk rett.¹⁰ Ekspertkomiteene utarbeider også generelle tolkningsuttalelser. Slike «General comments», vil kunne bli tillagt vekt som rettskilde i norsk rett. Etter Høyesteretts praksis kommer det an på om uttalelsen kan anses som et uttrykk for tolkning av konvensjonens forpliktelser eller en anbefaling om ønsket praksis, og om uttalelsen passer på det faktiske forhold retten skulle ta stilling til.¹¹

Europarådets torturforebyggingskomité (heretter CPT) har gjennom mange års besøk til fengsler utviklet standarder for behandling av innsatte. Komiteens besøksrapporter blir brukt som en viktig kilde for å belyse faktiske forhold ved medlemsstatenes fengsler. Standardene blir i tillegg tillagt vekt av EMD ved domstolens tolkning av EMK artikkel 3 på grunn av komiteens særlige mandat og ekspertise på dette området.

³ Deler av fremstillingen er basert på Johannes F. Nilsen og Jostein Løvull, kommentarer til straffegjennomføringsloven, Karnov lovkommentarer, 7. februar 2023 (lesedato 30. mai 2023). Begge forfattere er medarbeidere hos Sivilombudet.

⁴ Lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff.

⁵ HR-2016-2554-P avsnitt 70.

⁶ Grunnloven kapittel E, §§ 92-113.

⁷ Menneskerettsloven §3 jf. 2.

⁸ Rt-2000-996 s. 1007–1008.

⁹ Rt-2004-134 avsnitt 32.

¹⁰ Rt-2008-1764 avsnitt 81.

¹¹ Rt-2009-1261.

På straffegjennomføringsfeltet finnes det også en rekke menneskerettslige instrumenter som setter minstestandarder for behandlingen av innsatte i fengsel, og som kan ha betydning ved tolkning av reglene i straffegjennomføringsloven.

De mest sentrale i dag er FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte - også kjent som Mandelareglene og De europeiske fengselsreglene, som ble revidert i 2020.¹² I tillegg gir de såkalte Bangkokreglene minstestandarder for behandling av kvinnelige innsatte.

Disse standardene og reglene er ikke juridisk bindende i seg selv, men er utviklet gjennom mellomstatlig samarbeid og på grunnlag av internasjonal rettspraksis. De kan i stor grad anses som et utslag av en bred internasjonal konsensus om minstekrav til behandling av innsatte i fengsel.

EMD viser regelmessig til slike menneskerettslige standarder i sine avgjørelser, og vektlegger dem som supplerende tolkningsfaktorer ved fastlegging av konvensjonsbestemmelers innhold.¹³ Høyesterett har også lagt vekt på slike regelsett i sine avgjørelser.¹⁴ Slike regelsett blir også vektlagt av lovgiver, i forbindelse med utarbeidelse av lovendringer på straffegjennomføringsfeltet.¹⁵

¹² Hhv. The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, vedtatt av FNs generalforsamling 17. desember 2015, res 70/175.; Recommendation Rec(2006)2-rev of the Committee of Ministers to member States on the European Prison Rules, sist revidert og endret 1. juli 2020; The United Nations Rules for the Treatment of Women Prisoners and Non-custodial measures for women offenders.

¹³ Se bl.a. EMD *Muršić mot Kroatia*, klagenr. 7334/13, 20. oktober 2016, avsnitt 133; EMD *Fenech mot Malta*, klagenr. 19090/20, 1. mars 2022, avsnitt 76.

¹⁴ Se blant annet Høyesteretts omtale av Mandelareglene i HR-2019-2048-A avsnitt 67–69 og HR-2021-1155-A avsnitt 33–34 og omtale av relevansen av CPTs uttalelser HR-2015-1405-A avsnitt 34–36

¹⁵ Ot.prp. nr. 5 (2000-2001), bl.a. kap. 3.2. og 6.5.5 og Prop. 46 L (2022–2023), kap. 3.3. og 5.1.2.

2 Gjennomføring av besøket

I mars 2023 ble Bodø fengsel varslet om at det ville bli gjennomført besøk til fengselet i løpet av høsten 2023. Det nøyaktige tidspunktet for besøket ble ikke oppgitt i forkant. Separat varsling ble sendt til helsetjenesten i fengselet (Bodø kommune).

Besøket ble gjennomført i perioden 20.–22. november 2023.

Under besøket ble det gjennomført befaringsbesøk av fengselet. Etter befaringen ble det gjennomført et møte med representanter for ledelsen ved fengselet hvor vi informerte om våre planer for besøksdagene, og fikk avklart noen innledende spørsmål. Det ble gjennomført totalt 44 intervjuer med innsatte og ansatte i fengselet. I etterkant av besøket ble det gjennomført et avsluttende møte med fengselsledelsen og helsetjenesten hvor det ble gitt helt foreløpige tilbakemeldinger om våre funn. Vi innhentet i tillegg en stor mengde dokumentasjon fra både helseavdeling og fengselet i etterkant av besøket.

Vi understreker at områder som ikke er omtalt i rapporten ikke er nærmere undersøkt.

Følgende personer deltok i besøket:

- Helga Fastrup Ervik, avdelingssjef, jurist
- Karin Fathimath Afeef, ass. avdelingssjef, samfunnsviter
- Anne Bitsch, seniorrådgiver, samfunnsgeograf (PhD)
- Johannes Flisnes Nielsen, seniorrådgiver, jurist
- Aurora Lindeland Geelmuyden, seniorrådgiver, jurist
- Jakob Mykland Revheim, rådgiver, jurist
- Tonje Østvold Byhre, seniorrådgiver, psykologspesialist

3 Bodø fengsel

3.1 Fengselet

Nordland Fengsel, avdeling høy sikkerhet Bodø (Bodø fengsel) ble etablert i 1940 og er plassert i et boligområde ikke så langt fra bysentrum. Fengselet har ordinær kapasitet på 56 plasser med høyt sikkerhetsnivå. På besøktidspunktet var beleggsprosenten på 98 prosent. Av disse satt 12 personer i varetekt og 40 sonet dom. Antallet innsatte på 50 år eller mer utgjorde på besøktidspunktet knapt 20 prosent.¹⁶ Omtrent 11 prosent av de innsatte var i alderen 18-24 år.

Fengselsbygget besto av tre etasjer og seks avdelinger. Boavdelingene befant seg i første og annen etasje, og sikkerhetsavdelingen og mottaksavdelingen lå i underetasjen. I første etasje var det fire boavdelinger med til sammen 25 celler. Fengselets avdeling for rusmestring befant seg her, sammen med to vanlige avdelinger og en liten avdeling med et lite tekjøkken. Under besøket var det eldre innsatte i den lille avdelingen. I fengselets andre etasje lå helseavdelingen og avdeling A og B. I en atskilt del av avdeling B var fem celler forbeholdt innsatte på restriksjoner fra retten og nylig innsatte. Avdeling A og B hadde til sammen 31 celler.

Det var toaletter, men ikke dusj på cellene. Hver avdeling hadde to dusjer som måtte deles av de innsatte. I de minste avdelingene delte ti personer på dusjene, på avdeling B (som var den største avdelingen) delte 16 personer på to dusjer. Fengselet hadde ingen forsterkede celler.

I begge etasjer var det fellesskapsområder hvor innsatte kunne lage mat. På den restriktive avdelingen (de fem cellene på B) var det et eget kjøleskap, et mindre kjøkken og et oppholdsrom med brettspill og tv.

Det var i tillegg gymsal, et skoleområde med blant annet sy- og snekkerverksted og musikkrom, samt et bibliotek hvor innsatte kunne låne filmer og bøker. Biblioteket hadde åpent to halve dager i uka.

Fengselets øverste leder var også leder for lavsikkerhetsavdelingen i Fauske, Mosjøen fengsel, og en overgangsbolig. Stedlig ledelse bestod i tillegg av en avdelingsleder og to seksjonsledere.

3.2 Helsetjenestene

Fengsler i Norge drives etter en modell hvor eksterne offentlige aktører som for eksempel helsetjenester, skole og bibliotek, leverer tjenester til de innsatte inne i fengslene (importmodell). De innsatte skal ikke tape andre rettigheter enn det som følger av å være fratatt friheten, og det følger av rettighets- og normalitetsprinsippet at helse- og omsorgstjenester til innsatte skal være likeverdige med helse- og omsorgstjenester for den øvrige befolkningen.¹⁷ Helsedirektoratet fremhever at helsepersonell som arbeider i fengsler skal ha særlig kompetanse på forhold som

¹⁶ Ifølge Helsedirektoratets årsrapport om helse- og omsorgstjenester for innsatte (2018) eldes de ofte raskere enn resten av befolkningen. Det skyldes levekårsproblemer knyttet til psykisk helse og rusmisbruk, samt liten eller ingen inntekt, lav utdanning og arbeidsløshet. Det anslås at innsatte må regnes som eldre 10-15 år tidligere enn gjennomsnittsbefolkningen. Siden personer på 60+ ofte regnes i kategorien «eldre», settes 50 år som nedre grense for definisjonen av eldre innsatte i denne rapporten. Behandlingen av eldre innsatte er et tema senere i rapporten, se kapittel 4.2 *Tilgang til friluft og Tid utenfor cellen*.

<https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapport-2018/innsattes-helsetilstand#eldre-innsatte>

¹⁷ St.meld. nr. 39 (2020-2021), punkt 2.1.

gjelder innsattes spesielle levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblemer, samt kjennskap til kriminalomsorgens oppgaver i fengsel.¹⁸ Helsepersonell er bundet av et annet lovverk enn kriminalomsorgen, og skal ha en fri og uavhengig rolle.¹⁹

Så langt det er mulig skal helsepersonell ha fast tilstedeværelse, og helsetjenestene skal tilbys i egnede lokaler i det aktuelle fengselet.²⁰ Når en person soner en dom i fengsel, overtar den kommunalt ansatte legen i fengselet de oppgavene som personens fastlege til vanlig har. Ved løslatelse tilbakeføres oppgavene til fastlegen. Når en person er i varetekt er det adgang til å bli behandlet av sin egen fastlege, man kan be om at den stedlige kommunalt ansatte legen kan følge opp.

Det er kommunen hvor fengselet ligger som har det administrative og faglige ansvaret for primærhelsetjenesten til de innsatte. I Bodø fengsel var det Bodø kommune som hadde ansvar for primærhelsetjenestene.

Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjelder for innsatte som for andre. Ved behov sender den kommunalt ansatte legen i fengselet en henvisning til det sykehuset kommunen normalt bruker. I 2020 ga Helse- og omsorgsdepartementet de regionale helseforetakene et oppdrag om å utarbeide en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). En områdefunksjon skal sikre stedlige spesialisthelsetjenester til de innsatte i fengsel. I Bodø fengsel var det Nordlandssykehuset som hadde ansvar for polikliniske spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og TSB.

Det er fylkeskommunen som finansierer og organiserer de offentlige tannhelsetjenestene. I de største fengslene vil det være egne tannklinikker med eget personell. Nordland fylkeskommune var ansvarlig for tannhelsetjenester til de innsatte i Bodø fengsel. Vi har ikke sett på oppfølging av tannhelse i denne rapporten.

¹⁸ Helsedirektoratet (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

Helsedirektoratet sendte våren 2023 utkastet til Nasjonale faglige råd for «Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» på høring, med svarfrist 2. juni 2023.

¹⁹ Se bl.a. Helse- og omsorgstjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Helsepersonelloven, Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, IS-1971.

²⁰ Helsedirektoratet (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.

4 Fengselshverdagen

Rettslige krav og standarder

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter slår fast i artikkel 10 nr. 1 at alle som er berøvet friheten skal behandles humant og med respekt for menneskets iboende verdighet. Bestemmelsen utfyller forbudet mot tortur og umenneskelig eller nedverdiggende behandling, og gir myndighetene en positiv plikt til å behandle frihetsberøvede personer humant og med verdighet. Det innebærer blant annet at innsatte har alle sine menneskerettigheter i behold, innenfor de naturlige begrensningene et fengselsopphold gir.²¹

EMD har slått fast at statspartene må sikre at den enkelte fratas friheten under forhold som er i samsvar med respekten for menneskelig verdighet, og at gjennomføringen av frihetsberøvelsen ikke utsetter innsatte for plager eller påkjenninger som overstiger det uunngåelige og iboende elementet av lidelse som følger av en lovlig frihetsberøvelse. Statspartene må også sikre at den enkeltes helse og velferd blir tilstrekkelig ivaretatt.²²

De europeiske fengselsreglene understreker at innsattes soningsmiljø i så stor grad som mulig skal gjenspeile de positive sidene ved forholdene i samfunnet, og at frihetsberøvelsen skal gjennomføres på en måte som fremmer en vellykket tilbakeføring til samfunnet for den innsatte.²³

Etter norsk lovgivning skal innsatte, så langt det er praktisk mulig, ha adgang til fellesskap under arbeid, opplæring, program eller andre tiltak, og i fritiden.²⁴ Det finnes ikke nasjonale regler for når og hvor lenge innsatte normalt skal kunne ha sosialt fellesskap.²⁵

Domfelte har aktivitetsplikt og aktiviteten kan bestå av «arbeid, samfunnsnyttig tjeneste, opplæring, program eller andre tiltak som er egnet til å motvirke ny kriminalitet».²⁶ Disse formene for aktivitet er likestilt, og oppfyller kravene til aktivitetsplikten.²⁷ Varetektsinnsatte har ikke aktivitetsplikt, men skal gis tilbud om aktiviteter så langt det passer med varetektskjennelsen.²⁸

4.1 Dagtilbud

4.1.1 Arbeidsdrift, skoleplasser, lavterskeltilbud og program

Ifølge De europeiske fengselsreglene skal alle innsatte, både domfelte og varetektsfengslede, ha et tilfredsstillende daglig aktivitetstilbud.²⁹ Av Kriminalomsorgsdirektoratets rundskriv om aktivisering i

²¹ FNs menneskerettighetskomité (1992). General Comment 21: Concerning humane treatment of persons deprived of liberty (Art. 10), A/47/40(SUPP), avsnitt 3. Se også De europeiske fengselsreglene, regel 2 og Mandelareglene, regel 3.

²² EMD *Kudla mot Polen*, klagenr. 30210/96, 26. oktober 2000, avsnitt 94; EMD *Idalov mot Russland*, klagenr. 5826/03, 22. mai 2012, avsnitt 93; EMD *Mursic mot Kroatia*, klagenr. 7334/13, avsnitt 99.

²³ De europeiske fengselsreglene, regel 5 og 6; Mandelareglene, regel 4.1 og 5.1; Straffegjennomføringsloven § 2 første ledd og § 3 første ledd andre og tredje setning.

²⁴ Straffegjennomføringsloven, § 17.

²⁵ Justis- og beredskapsdepartementet sendte i februar 2023 forslag ut på høring om endringer i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Heller ikke her er det foreslått rettslig forpliktende fellesskapsregler. Dette er kritisert i Sivilombudets høringsuttalelse 15. juni 2023.

²⁶ Straffegjennomføringsloven § 3.

²⁷ Straffegjennomføringsforskriften § 3-12.

²⁸ Straffegjennomføringsforskriften § 1-4.

²⁹ De europeiske fengselsreglene, regel 25.1.

norske fengsler fremgår det også at alle domfelte og innsatte i varetekt skal tilbys daglig aktivisering.³⁰

Bodø videregående skole hadde ansvar for videregående utdanning. Det var også mulig å ta grunnskole eller høyere utdanning som privatist. Fengselets arbeidsdrift omfattet snekkerverksted, kjøkken, utearbeid, vedlikehold, vaskeri og renhold av besøksavdeling, gymsal, trapper, korridorer og andre bruksarealer. I tillegg hadde én innsatt på hver avdeling stilling som renholder («ganggutt»).

Under besøket kom det frem at snekkerverkstedet ikke alltid opererte med full kapasitet. Redusert kapasitet kunne blant annet skyldes hvor mange oppdrag snekkerverkstedet hadde, fravær, ferie eller mangel på ansatte/bemanning. Også sysselsettingen i daglig renhold ble ofte redusert. Det var normalt to-tre innsatte registrert på denne aktiviteten, og i snitt utgikk aktiviteten tre-fire ganger i uken.³¹ Hovedårsaken var at det ikke var nok betjenter til å følge vaskegruppen rundt, samt sykefravær, prioritering av andre arbeidsoppgaver eller annen omdisponering av ansatte.

Av fengselets rapportering gikk det fram at 70 prosent av de innsatte i 2023 var sysselsatt. Under besøket kom det frem at ikke alle som ønsket det var sysselsatt, og at noen måtte vente lenge før de fikk et tilbud. På besøkstidspunktet manglet mer enn en tredjedel av de innsatte tilbud.³² Vi fant at manglende sysselsetting kunne skape uro og frustrasjon.

Som en del av kriminalomsorgens rehabiliteringsarbeid tilbyr fengslene ulike typer programvirksomhet. Formålet er å hjelpe innsatte til å mestre et liv etter soning gjennom tilegning av ulike ferdigheter. I 2023 gjennomførte fengselet programaktiviteter for til sammen 15 innsatte, blant annet om rus- og livsmestring, sinnemestring og håndtering av skadelig seksuell adferd.³³

Et tilstrekkelig dagtilbud er avgjørende for de innsattes velferd. Manglende aktivisering kan utgjøre en risikofaktor for miljøet i fengselet generelt og risiko for isolasjonsskade hos den enkelte. Sett i sammenheng med at innsatte av sikkerhetshensyn i stor grad låses inne på egen celle når det ikke gis dagtilbud, utgjør denne situasjonen også en risiko for isolasjons- og andre helsemessige skader av manglende sosial kontakt og fysisk aktivitet.³⁴ Alle innsatte bør ifølge Den europeiske torturforebyggingskomiteen som et minimum ha mulighet til å være åtte timer ute av cellen per dag med meningsfulle aktiviteter (se kapittel 6.2 *Tid utenfor cellen*).³⁵

Anbefaling: Dagtilbud

1. Fengselet bør så langt det er mulig sikre at alle innsatte har et dagtilbud i form av arbeid eller opplæring.

³⁰ KDI Rundskriv 6/2019 Aktivisering og registrering av aktivitet.

³¹ Skriftlig redegjørelse fra Bodø fengsel, 17. januar 2024.

³² Kriminalomsorgen Nordland resultatrapport 3. tertial 2022 til Kriminalomsorgen region nord, s. 2
Skriftlig redegjørelse fra Bodø fengsel, 17. januar 2024.

³³ Statistikk fra Bodø fengsel over gjennomførte programaktiviteter i 2023, mottatt 17. januar 2024.

³⁴ Straffegjennomføringsforskriften § 3-9.

³⁵ Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2013, side 17, avsnitt 47.

4.1.2 Tilgang til friluft

Mandelareglene og De europeiske fengselsreglene sier at enhver innsatt skal ha tilgang til minst én time fysisk aktivitet i friluft daglig.³⁶ Dette gjelder også de som er isolert. Det samme har Den europeiske torturforebyggingskomiteen (CPT) slått fast:

«CPT understreker at alle innsatte, uten unntak (inkludert de som er isolert på celle som straff) skal tilbys muligheten til daglig fysisk aktivitet utendørs. Det er også åpenbart at det må settes av tilstrekkelig plass til utendørs treningsfasiliteter og at det, såfremt det er mulig, settes opp ly mot dårlig vær.»³⁷

CPT fastslår at uteområder skal være av «rimelig størrelse» og at det skal være mulig å søke ly fra dårlig vær.³⁸ Sivilombudet har i andre sammenhenger påpekt at uteområdene i institusjoner hvor personer er frihetsberøvet bør være helsefremmende og legge til rette for allsidig mosjon.³⁹

Det var til sammen tre luftegårder; én til felleslufting og to såkalte luftestråler for innsatte som ikke skal være på luft alene. Fellesluftegården var omgjerdet av malte trevegg med overliggende netting/gjerde og piggråd. Den hadde volleyball- og basketballnett, men ingen treningsapparater eller bord man kunne sitte ved. Under besøket kom det frem informasjon som tydet på at noen innsatte opplevde fellesskap med andre innsatte i luftegården som utrygg og ønsket ikke å oppholde seg der.

På besøkstidspunktet var det ikke strødd i fellesluftegården. Mangel på snømåking og strøing kan øke risikoen for skader og bidra til redusert utetid. Under CPTs besøk til Bodø fengsel i 2018 ble det kommentert at luftegården ikke hadde leskur eller andre steder å oppholde seg ved dårlig vær. Komiteen anbefalte fengselet om å sørge for å få på plass dette.⁴⁰ På tidspunktet for Sivilombudets besøk var anbefalingen ikke fulgt opp.

Alle innsatte hadde én times lufting i tidsrommet 16.30-17.30. Luftetiden var lik hele uken. Dette innebar at innsatte hele vinterhalvåret, inkludert i helgene, ikke fikk være i dagslys, og kun var ute i friluft etter at det var blitt mørkt. Om sommeren ble det tilbudt en ekstra times luft på formiddagene i helgene.

Anbefaling: Tilgang til luft

2. Fengselet bør sikre at luftegårdene er trygge og tilgjengelige hele året, og at det er mulig å få ly for været. Fengselet bør også styrke innsattes tilgang til friluft mens det er dagslys.

³⁶ Mandelareglene, regel 23.1 og De europeiske fengselsreglene, regel 27.1 og regel 53A bokstav g. EMD *Fenech mot Malta*, klagenr. 19090/20, 1. mars 2022.

³⁷ Europarådet: Komiteen for torturforebygging (CPT), Imprisonment. CPT/Inf (92)3-part2, punkt 48 (vår oversettelse).

³⁸ CPT/Inf(92)3-part2, avsnitt 48.

³⁹ Besøksrapport Ullersmo fengsel 29.-31. august 2017 og besøksrapport til Politiets utlendingsinternat Trandum 19.-21. mai 2015

⁴⁰ CPT (2019). Rapport til Norge, CPT/Inf (2019) 1, avsnitt 84.

4.2 Krevende bemanningssituasjon

Som hovedregel skulle det være 8 ansatte på vakt på dagtid og kveld. Dette omfattet 1 operativ vaktleder/førstebetjent, 6 betjenter fordelt på avdelingene og 1 betjent i hovedvakten. Dette tallet ble økt til 9 ansatte dersom antallet innsatte ved avd. B oversteg 16 stykker. Om natten skulle fengselet som regel være bemannet med 5 ansatte: 3 fengselsbetjenter, 1 ansatt i hovedvakt og 1 vaktleder/operativ førstebetjent.⁴¹

Under besøket kom det frem at bemanningen på dagtid ofte var redusert til 7 på dagtid og kveld, med 5 betjenter ute på avdelingene. Flere ansatte opplevde stort arbeidspress, og at det ikke var tilstrekkelig tid til å aktivisere eller følge opp innsatte. I fengselets tertialrapportering til regionen i 2023 ble det pekt på at omorganisering og innsparingstiltak over mange år begrenser fokus på ansatte, innsatte, innhold og progresjon, og at dette slet på ansatte. Slitasjen førte til sykemeldinger og gjennomtrekk av ansatte med verdifull kompetanse.

Reduksjonen i bemanningen medførte at kjerneoppgaver som tilbakeføringsarbeid, tilstedeværelse i fellesskapet og kontaktbetjentarbeid, ofte måtte nedprioriteres. I noen tilfeller måtte sosiale fremstillinger og helsefremstillinger avlyses.

Vi fikk opplyst at det av økonomiske hensyn ble vurdert å redusere antallet ansatte på jobb om natten fra fire betjenter og en vaktleder/operativ til tre betjenter og en vaktleder/operativ - hvorav en av betjentene sitter i hovedvakten. Dette ville bety at det må tilkalles forsterkninger, eventuelt fra politiet, dersom det oppstår en hendelse som gjør det nødvendig åpne døren til å en celle om natten, for eksempel hvis man får mistanke om at en innsatt forsøker å skade seg selv. Den mulige nedbemanningen skapte bekymring blant innsatte og ansatte for muligheten til å ivareta trygghet og forebygge selvmord (se kapittel 4.3 *Trygghet* og kapittel 8.2 *Forebygging av selvmord*).

Ifølge fengselet var lav bemanning årsaken til at innsatte kun var låst ut fra cellen syv timer per dag i helgene (se kapittel 6.2 *Tid utenfor cellen*).⁴² Krevende bemanningssituasjon bidro også til at isolerte innsatte ikke alltid fikk oppfylt minimumskravet om to timers meningsfull kontakt (se kapittel 6.3.2 *Oppfølging av isolerte innsatte*).

4.3 Trygghet

Tilstedeværelse av betjenter i avdelingene er et viktig verktøy for å ivareta trygghet og sikkerhet for både innsatte og ansatte. I et høysikkerhetsfengsel skal fellesskapet være «under stadig tilsyn og kontroll».⁴³ Dynamisk sikkerhet innebærer at ansatte gjennom å delta i aktiviteter sammen med innsatte, innhenter informasjon og etablerer relasjoner for å kunne jobbe med motivasjons- og endringsarbeidet og gjennomføre risikovurderinger. Denne typen sikkerhetsarbeid forutsetter at ansatte er til stede og i aktivitet og sosial interaksjon med innsatte.⁴⁴

⁴¹ Skriftlig redegjørelse fra Bodø fengsel, 5. april 2023

⁴² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2013, side 17, avsnitt 47. CPT (1992). 2. årsrapport fra 1992, CPT/Inf 1992 (3), avsnitt 47; CPT (2017). 26. årsrapport fra 2017, CPT/ Inf 2017 (5), avsnitt 58.

⁴³ Forskrift om straffegjennomføring § 3-9.

⁴⁴ Meld.St.39 (2020-2021) Kriminalomsorgsmeldingen - fremtidens kriminalomsorg og straffegjennomføring, side 16.

Det hadde vært en markant økning i rapportert vold mellom innsatte fra 2022 (to hendelser) til 2023 (14 hendelser). Selv om tallene i seg selv er relativt små, er økningen urovekkende. Våre funn viste at flere innsatte unngikk å oppholde seg i fellesområder og i lufttegården som følge av voldsepisoder, trusler eller konflikter med andre innsatte.⁴⁵ Det ble fortalt om trakassering og vold i områder uten kameraovervåkning. Innsatte som sonet for seksuallovbrudd, syntes å være særlig utsatte. Samtidig viste våre funn at det kunne oppleves vanskelig for innsatte med overgrepserfaring å sone sammen med innsatte som var dømt for seksuallovbrudd. Fengselet hadde ikke systemer for å fange opp utrygghet som skyldtes tidligere overgrepserfaringer eller å iverksette tiltak for å skjerme utsatte innsatte.

Fengselet virket å være oppmerksom på risikoen for vold, og brukte tiltak som avdelingsbytter, vakthold ved fellesaktiviteter, tilstedeværelse i fellesskapet, utelukkelse fra fellesskapet ved alvorlige hendelser, samt tekniske løsninger som alarmanlegg og kameraovervåkning.

Kameraovervåkning i fellesarealene kan være et egnet supplement for å ivareta de innsattes sikkerhet, men tilstedeværelsen av kompetente betjenter er av avgjørende betydning. CPT har understreket viktigheten av direkte kontakt mellom innsatte og ansatte, og at manglende tilstedeværelse av ansatte vil kunne føre til et utrygt miljø for både innsatte og ansatte.⁴⁶

Under besøket kom det frem informasjon som tydet på at enkelte betjenter hadde oppført seg ufint og kommet med rasistiske kommentarer mot innsatte som ikke kunne norsk. Det er ikke akseptabelt at innsatte kan bli utsatt for slike holdninger fra ansatte. Språkproblemer var kilde til frustrasjoner, spesielt ved overlevering av «dårlige nyheter», som avslag på søknader om permisjoner eller løslatelse på 2/3-tid (se kapittel 4.4 *Kommunikasjon og manglende bruk av tolk*).

Unge innsatte mellom 18-24 år skulle som hovedregel plasseres på avdeling C som skulle være en roligere avdeling. Enkelte funn tydet imidlertid på at det var omsetning av medisiner og rusmidler på avdelingen, og at dette opplevdes som negativt og utrygt for unge innsatte som slet med å bli rusfrie. Også innsatte i rusbehandling og innsatte som gikk på medisiner opplevde utrygghet på grunn av press fra andre innsatte om å dele medisiner (se kapittel 9.4 *Medisinhåndtering*). Det hendte at innsatte unnlot å oppholde seg i fellesskapet for å beskytte seg mot rus.

Ansatte pekte på at de følte seg tryggest når vaktlagene var stabile og hovedsakelig besto av fast ansatte. Når det var mange vikarer og aspiranter på vakt, ble dette opplevd som en kilde til utrygghet, spesielt dersom disse ikke var rustet til å gripe inn fysisk for å avverge alvorlige hendelser. Det forekom at erfarne betjenter måtte håndtere alvorlige hendelser alene. De følte ikke at de kunne utsette uerfarne kolleger for å håndtere utageringssituasjoner.

Flere av de ansatte var bekymret for at kolleger var i fare for å bli utbrent. Spesielt håndteringen av krevende innsatte på restriktiv avdeling og de siste årenes selvmord og selvmordsforsøk hadde medført store belastninger.

⁴⁵ Se Isdal, P. (2020). *Meningen med volden*. Kommuneforlaget. Isdal peker på at også psykisk vold som trusler og blikk kan skape frykt og er egnet til å kontrollere og dominere andre. Har man tidligere opplevd vold kan frykt for ny vold virke angstskapende og begrensende. Dette kaller han "latent vold".

⁴⁶ CPT (2001) 11th General Report on the CPT's activities, CPT/Inf (2001) 16, avsnitt 26.

Bemanningssituasjonen førte også til at helseavdelingens ukentlige gruppetilbud om fysisk aktivitet for de innsatte ble gjennomført uten tilstedeværelse av betjenter (se kapittel 9.1.2 *Samarbeid i hverdagen*).

Anbefaling: Trygghet

3. Fengselet bør gjennom økt tilstedeværelse av fengselsbetjenter sikre bedre ivaretagelse av tryggheten til både innsatte og ansatte.

4.4 Kommunikasjon og manglende bruk av tolk

Offentlige organer skal bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp, og i vurderingen skal blant annet sakens alvorlighet og karakter vektlegges.⁴⁷ Betydningen av informasjon til innsatte særlig i innsatstiden er nedfelt i Mandelareglene og i en anbefaling av Europarådets ministerkomité.⁴⁸ Mangel på informasjon og samtaler på et språk man forstår er også en rettsikkerhetsutfordring.⁴⁹ Kommunikasjon og samtale oppgis av de fleste ansatte som den viktigste måten å bygge relasjoner og forebygge konflikter og tvangsbruk på.

Innsatte som ikke behersker norsk eller engelsk godt nok til å forstå og gi informasjon, vil være i en ekstra sårbar situasjon. Det kan blant annet føre til at de blir dårlig kartlagt ved innsatt og at særlige behov eller risiko for selvmord og selvskading ikke blir avdekket. Det vil også være avgjørende i en livskrise, slik for eksempel en varetektsfengsling kan være, at den innsatte får kommunisere på et språk som ikke er begrensende hva vedkommende klarer å uttrykke. Mangel på språk og noen å snakke med kan også gjøre innsatte mer isolert, og gi dårligere forutsetninger ved tilbakeføring til samfunnet.⁵⁰ Manglende mulighet for kommunikasjon utgjør en risiko for misforståelser, frustrasjon og sinne. Dette har ombudet tidligere observert at kan lede til utagering og bruk av tvang.

Språk er en maktfaktor og kan gjøre en innsatt avhengig av en annen for å få tilgang til viktig informasjon. Derfor kan også bruk av andre innsatte i hverdagskommunikasjonen medføre en risiko som det er viktig at fengselet er bevisst.

Fengselet opplyste at det ikke var faste rutiner for bruk av tolk, unntatt ved forkynning av dom eller oversettelse av offisielle dokumenter. Det ble anslått at tolk ble brukt i svært få tilfeller og det kunne ikke konstateres om det var blitt brukt ved innsatstaler og kartlegging av selvmordsrisiko i 2023 (se kapittel 8.2 *Forebygging av selvmord*).⁵¹ Det var uklart om økonomiske begrensninger var årsaken til at tolk i så liten grad ble benyttet. De ansatte oppga at de brukte Google Translate eller

⁴⁷ Tolkeloven § 6 første ledd: «Offentlige organer skal bruke tolk når det følger av lov. I tilfeller der plikt til å bruke tolk ikke er regulert i annen lov, skal offentlige organer bruke tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettsikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det blant annet legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter.»

⁴⁸ Mandelareglene regel 54 jf. 55 og Europarådets ministerkomité (2012) Anbefaling om utenlandske innsatte punkt 15.1, 15.3 jf. punkt 8.

⁴⁹ *Innsatt og utsatt – Rapport om soningsforholdene til utsatte grupper i fengsel*. Likestillings- og diskrimineringsombudet, side 35.

⁵⁰ *Innsatt og utsatt – Rapport om soningsforholdene til utsatte grupper i fengsel*. Likestillings- og diskrimineringsombudet, s 35-36

⁵¹ Skriftlig redegjørelse fra Bodø fengsel, 17. januar 2024.

fikk hjelp av innsatte til å oversette hvis det var noen som snakket samme språk. Dersom helsetjenesten eller politiet brukte tolk, hendte det at fengselet fikk benytte denne dersom tolken hadde tid til overs (se kapittel 9.6 *Bruk av tolk hos helseavdelingen*). Sivilombudet er sterkt bekymret for den manglende bruken av tolk, særlig overfor nye innsatte.

Anbefalinger: Kommunikasjon og mangel på bruk av tolk

4. Fengselet bør sikre at alle innsatte, uansett språk, har lik tilgang til informasjon og tjenester.
5. Fengselet bør tilby tolk ved innkomstsamtale til alle innsatte som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter. Tolk bør også brukes når viktig informasjon skal gis eller innsatte ønsker å formidle informasjon til fengselet. Tilbud om og bruk av tolk bør dokumenteres.

5 Kontakt med omverdenen

Rettslige krav og standarder

Innsatte i fengsel har, med de begrensninger som følger naturlig av frihetsberøvelsen, krav på respekt for sitt privat- og familieliv. Dette følger blant annet av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 8, og er stadfestet av Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD).⁵² EMD har understreket at myndighetene er forpliktet til å tilrettelegge for kontakt med nær familie, i tillegg til å påpeke hensynet til rehabilitering og reintegrering i samfunnet.⁵³ Inngrep i rettighetene kan bare skje i samsvar med nasjonal lovgivning, med et legitimt formål og dersom det er «nødvendig i et demokratisk samfunn».⁵⁴ Kravene gjelder ikke bare for spørsmålet om besøk skal gjennomføres, men også hvordan besøk gjennomføres. Det følger videre av De europeiske fengselsreglene at fengselsmyndighetene skal bistå innsatte i å opprettholde tilstrekkelig kontakt med omverdenen og at besøksordningene skal være slik at innsatte kan opprettholde og utvikle familierelasjoner på en mest mulig normal måte.⁵⁵ EMD gir statene et skjønnsmessig spillerom når det gjelder hvilke begrensninger som kan tillates i innsattes kontakt med omverden. Domstolen har imidlertid i noen tilfeller slått fast at bruk av glassvegg kan være i strid med kravene om forholdsmessighet og nødvendighet.⁵⁶

I fengsel med høyt sikkerhetsnivå har innsatte i utgangspunktet rett til 30 minutter ringetid ukentlig.⁵⁷ Innsatte kan ringe til telefonnumre som er forhåndsgodkjent og lagt i en ringeliste av fengselet, men kan ikke motta telefoner. Det enkelte fengsel kan innvilge utvidet telefontid.⁵⁸

Innsatte hadde som hovedregel anledning til å ringe inntil 30 minutter per uke. Flere innsatte hadde fått utvidet ringetiden med ti minutter, blant annet begrunnet med særlige helseutfordringer, forsørgeransvar eller sykdom i familien. Dette er positivt, men ombudet peker på at ti minutter ekstra ringetid i uka gir innsatte og pårørende lite rom for kontakt og gjensidig støtte.

Fengselet hadde fire iPader og innsatte kunne som utgangspunkt bruke disse én time per uke. Videosamtaler er et viktig supplement til innsattes muligheter til å opprettholde kontakt med venner og familie og har vært etterspurt av Sivilombudet flere ganger.⁵⁹ Mange innsatte har venner og familie som bor langt unna, og det kan være vanskelig eller dyrt å komme på besøk. Også for innsatte med barn kan videosamtale være et verdifullt verktøy for kontakt ved at det gir en annen nærhet og

⁵² EMD *Koroshenko mot Russland*, klagenr. 41418/04, 30. juni 2015, avsnitt 106.

⁵³ EMD *Koroshenko mot Russland*, klagenr. 41418/04, 30. juni 2015, avsnitt 148

⁵⁴ Se EMK artikkel 8 nr. 2.

⁵⁵ De europeiske fengselsreglene regel 24.4 og 24.5.

⁵⁶ I en avgjørelse om blant annet bruk av glassvegg som kontrolltiltak for en innsatts besøk med familiemedlemmer, konkluderte Domstolen med at det forelå en krenkelse av EMK artikkel 8, *Ciorap v. Moldova*, klagenr. 12066/02, avsagt 19. september 2007. Domstolen beskrev besøksrestriksjonene som «far reaching», og mente at staten ikke hadde fremlagt konkrete grunner for hva slags sikkerhetstrussel som gjorde det nødvendig med bruk av dette kontrolltiltaket. Se særlig avsnitt 116-119.

⁵⁷ Straffegjennomføringsforskriften § 3-29 og Brev av 1. februar 2023 fra Justis- og beredskapsdepartementet til kriminalomsorgsdirektoratet der det ble gitt midlertidige føringer blant annet om at innsatte på høyt sikkerhetsnivå skal ha 30 minutter ringetid ukentlig.

⁵⁸ Strgjfl. § 32, jfr. forskrift om straffegjennomføring § 3-29 («Lokalt nivå kan innvilge utvidet telefontid dersom det foreligger særlige grunner og kapasitetsmessige forhold ikke er til hinder for det.»).

⁵⁹ Sivilombudet, *Kvinner i fengsel* (2016), s. 50 og en rekke besøksrapporter, se for eksempel; *Kongsvinger fengsel* (2016) s. 28-29, *Bredtveit fengsel* (2016) s. 32-33, *Vadsø fengsel* (2016) s. 28-29, *Drammen fengsel* (2016) s. 21-22.

kontakt enn en telefonsamtale, samtidig som det gir barnet mulighet for å se sin forelder uten reisetid som kan gå utover skolearbeid, tid med venner eller fritidsaktiviteter.

I Rundskriv 3/2017 *Videosamtaler for domfelte og innsatte i fengsler* gir KDI retningslinjer om adgangen til videosamtaler. Direktoratet understreker at videosamtaler ikke er ment som erstatning for kontakt i form av brev, besøk eller telefonsamtaler, men som et tillegg til dette.⁶⁰

Innsatte har også rett til å motta besøk av familie og venner.⁶¹ Den som ønsker å besøke den innsatte må søke om det. Det er ikke angitt i loven hvor ofte eller lenge innsatte har rett til besøk, men i kriminalomsorgens retningslinjer fremgår det at «Så langt det er praktisk mulig bør innsatte innvilges minimum ett besøk per uke [...] Det enkelte besøk skal så langt det er praktisk mulig vare minst én time.»⁶²

Innsatte kunne i utgangspunktet bare motta besøk i helger, innen et tidsrom på litt mer enn to timer. Under besøket kom det frem at fengselet la til rette for utvidet besøkstid for innsatte som hadde besøkende med lang reisevei. Innsatte kunne i tillegg få ukentlig besøk av visitorer fra Røde Kors' visitortjeneste.

Anbefaling: Kontakt med omverdenen

6. Fengselet bør styrke innsattes muligheter til kontakt med omverden, og særlig venner og familie, gjennom telefon, videosamtaler og besøk.

⁶⁰Kriminalomsorgsdirektoratet: Rundskriv 3/2017 *Videosamtaler for domfelte og innsatte i fengsler*. [KDI-rundskriv+3-2017.PDF \(custompublish.com\)](#)

⁶¹ Straffegjennomføringsloven § 31

⁶² Kriminalomsorgsdirektoratets retningslinjer til straffegjennomføringsloven punkt 31.10.

6 Innlåsing og isolasjon

Rettslige krav og standarder

Isolasjon i fengsel er et alvorlig, helseskadelig og inngripende tiltak som kun skal benyttes i ekstraordinære tilfeller, som en siste utvei og for så kort tid som mulig.⁶³ Dette innebærer at isolasjon må være strengt nødvendig, og må stå i et rimelig forhold til den skaderisikoen den innsatte utgjør eller selv er utsatt for.⁶⁴

Internasjonalt finnes det ulike definisjoner av begrepet isolasjon. I EMDs rettspraksis omtales isolasjon som situasjoner der innsatte holdes atskilt fra andre innsatte.⁶⁵ Domstolens praksis viser at isolasjon innebærer en høy risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Mandelareglene slår fast at isolasjon der innsatte tilbringer 22 timer i døgnet eller mer uten meningsfull menneskelig kontakt, skal være forbudt over 15 sammenhengende dager.⁶⁶

Videre slår reglene fast at isolasjon aldri skal brukes overfor innsatte med nedsatt fysisk eller mental funksjonsevne (f.eks. psykiske helseutfordringer) dersom tilstanden forverres av isolasjonen.⁶⁷ Bakgrunnen for den strenge tidsgrensen er risikoen for at skadevirkningene av isolasjonen kan bli permanente etter så lang tid.⁶⁸ FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt at bruk av isolasjon helt avskaffes overfor mindreårige og innsatte med nedsatt mental funksjonsevne.⁶⁹

Enhver form for isolasjon eller utelukkelse bør være presist angitt i lovgivning, og det bør gå fram at slike tiltak kun skal brukes i ekstraordinære tilfeller.⁷⁰ Rettssikkerhetsgarantier må sikre innsattes velferd, og at inngrepet er forholdsmessig. Etter EMDs praksis må beslutninger om isolasjon begrunnes på en måte som viser at den innsattes omstendigheter, situasjon og atferd er tatt hensyn til, og begrunnelsen må synliggjøre at hensynene er grundig vurdert. Begrunnelsen bør være mer detaljert og overbevisende jo lenger vedtaket varer.⁷¹

Fengselet må følge opp isolerte innsatte med daglig tilsyn, og med tiltak for å dempe belastningen og sikre at behovet for isolasjonen vurderes jevnlig.⁷² De europeiske fengselsreglene fastslår at alle innsatte som holdes atskilt fra andre innsatte fordi de utgjør en særlig trussel mot sikkerhet eller trygghet i fengsel, skal ha tilbud om minst to timer meningsfull menneskelig kontakt hver dag.⁷³

⁶³ Sivilombudsmannen (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på meningsfull menneskelig kontakt i norske fengsler, kap 4.

⁶⁴ EMD *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07 m.fl., 10. april 2012, avsnitt 212; EMD *Csüllög mot Ungarn*, klagenr. 30042/08, 7. juni 2011, avsnitt 34; Mandelareglene, regel 45.1; De europeiske fengselsreglene, regel 53.1; CPT (2011). 21. årsrapport med temaet isolasjon, CPT/Inf 2011 (28, part 2); FNs spesialrapportør mot tortur, årsrapport til FNs generalforsamling, 5. august 2011, A/66/268, avsnitt 89.

⁶⁵ EMD *Fenech mot Malta*, klagenr. 19090/20, 1. mars 2022, avsnitt 65. Se også CPT, 21st General Report, 10. november 2011, CPT/Inf (2011) 28, som legger en tilsvarende tolkning til grunn.

⁶⁶ Mandelareglene, regel 44 jf. regel 43.1b.

⁶⁷ Mandelareglene, regel 45.2.

⁶⁸ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 2011, A/66/268, avsnitt 26.

⁶⁹ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 2011, A/66/268, avsnitt 66. Se også Mandelareglene, regel 45.2, andre setning.

⁷⁰ CPT (2011). 21st General Report, CPT/Inf 2011 (28), avsnitt 55 b; De europeiske fengselsreglene, regel 53.4.

⁷¹ EMD *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07, 10. april 2012, avsnitt 212; EMD *Ramirez Sanchez mot Frankrike*, 59450/00, 4. juli 2006 avsnitt 139; EMD *A.B. mot Russland*, 34804/17, 14. oktober 2010, avsnitt 108. De europeiske fengselsreglene, regel 53A b og f.

⁷² De europeiske fengselsreglene, regel 53A c og h.

⁷³ De europeiske fengselsreglene, regel 53A a.

Reglene fastsetter også at der atskillelsen påvirker innsattes fysiske eller psykiske helse, skal det iverksettes tiltak for å avbryte tiltaket eller erstatte det med mindre inngripende tiltak.⁷⁴

Etter norsk lovgivning skal innsatte, så langt det er praktisk mulig, ha adgang til fellesskap under arbeid, opplæring, program eller andre tiltak, og i fritiden.⁷⁵ Det finnes ikke nasjonale regler for når og hvor lenge innsatte normalt skal kunne ha sosialt fellesskap.⁷⁶

Retten til å ha sosial kontakt med andre mennesker er beskyttet av EMK artikkel 8.⁷⁷ Dette innebærer at inngrep i innsattes fellesskap som ikke har tilstrekkelig grunnlag i lov, eller som skjer på en unødvendig eller uforholdsmessig måte, kan komme i strid med artikkel 8.⁷⁸

6.1 Skadevirkninger av isolasjon

Sosialt fellesskap er en grunnleggende del av det å være et menneske, og isolasjon og begrensninger i menneskelig kontakt kan være helseskadelig. Dette er grundig dokumentert både i eldre og nyere forskningslitteratur.⁷⁹ Forskningsfunn tyder på at en stor andel som isoleres, opplever fysiske eller psykiske plager eller symptomer som følge av isolasjonen. Skadevirkninger kan komme umiddelbart, men antallet innsatte som utvikler skader og graden av alvorlighet, øker med varigheten av isolasjonen.

De vanligste symptomene er psykiske, men det er også dokumentert fysiske symptomer og plager. De psykiske skadevirkningene kan være angst, depresjon, kognitive vanskeligheter, sanseforstyrrelser, paranoia og psykose. Symptomene kan variere fra engstelse, konsentrasjonsvansker, hypersensitivitet for lyder og «tankekjør», til alvorlig depresjon, panikkklidelse og akutt psykose. Det rapporteres også om økt grad av aggresjon, sinne, selvskading og selvmordsforsøk. Eksisterende plager og tilstander kan lett bli forverret ved isolasjon. Å bruke isolasjon som tiltak ved selvmordsfare er derfor svært problematisk (se kapittel 7.1.3 *Oppfølging på sikkerhetscelle* og kapittel 8.3 *Evaluerende og læring etter selvmord*). Isolasjon innebærer en høy risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.⁸⁰

⁷⁴ De europeiske fengselsreglene, regel 53A i.

⁷⁵ Straffegjennomføringsloven, § 17.

⁷⁶ Justis- og beredskapsdepartementet sendte i februar 2023 forslag ut på høring om endringer i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven. Heller ikke her er det foreslått rettslig forpliktende fellesskapsregler. Dette er kritisert i Sivilombudets høringsuttalelse 15. juni 2023

⁷⁷ EMD *McFeeley og andre mot Storbritannia*, klagenr. 8317/78, 15. mai 1980, avsnitt 82; EMD *Munjaz mot Storbritannia*, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80; EMD *Schneider mot Sveits*, klagenr. 63062/00, 31. mars 2005, side 14.

⁷⁸ EMD *Munjaz mot Storbritannia*, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80. EMD uttrykker at «even a minor such interference must be regarded as an interference with the right to respect for private life under Article 8 if it is carried out against the individual's will».

⁷⁹ Maslow, A. (1943). A Theory of Human Motivation, *Psychological Review* (50) 4, s. 370–396; Holt-Lunstad, J., m.fl., (2015). Loneliness and Social Isolation as Risk Factors for Mortality: A Meta-analytic Review, *Perspectives on Psychological Science*, (10)2, s. 227–237.

⁸⁰ Dokument 4:3 (2018-2019) side 24-29, og Inst. 172 S (2019–2020) s. 11, der en samlet komite stilte seg bak at «isolasjon et alvorlig, inngripende og helseskadelig tiltak», at noen innsatte er særlig sårbare for å utvikle skader fra isolasjon, herunder personer med «psykiske plager eller psykisk utviklingshemming», «mindreårige og unge mennesker».

6.2 Tid utenfor cellen

Av De europeiske fengselsreglene går det frem at alle innsatte skal få tilbringe så mange timer utenfor cella som nødvendig for å kunne ha et tilfredsstillende nivå av menneskelig og sosial samhandling.⁸¹ CPT har anbefalt at innsatte som et minimum bør ha mulighet til å tilbringe åtte timer utenfor cella hver dag, og til å drive med meningsfulle og varierte aktiviteter.⁸² Alle innsatte, også de som holdes atskilt fra andre, skal ha mulighet til å tilbringe minst én time utendørs i fysisk aktivitet.⁸³

Ifølge fengselets redegjørelse hadde innsatte som utgangspunkt mulighet til å være ute fra cellen fra kl. 07.15 til kl. 19.30, til sammen 12 timer og 15 min.

Fem celler på avdeling B lå i en gang som var atskilt fra resten av avdelingen med en dør. Denne delen av avdelingen ble omtalt som «lille B». Innsatte på denne avdelingen kunne sosialisere på et fellesrom. Det var også et lite kjøkken der. For de som ikke var isolert eller utelukket, var timeplanen den samme som for resten av avdeling B.

Det manglende dagtilbudet i fengselet hadde konsekvenser for hvor mye tid de innsatte var innelåst på cella (se kapittel 4.1 *Dagtilbud*). Innsatte som ikke var sysselsatt skulle være innelåst på cellen fra kl. 08.15 til kl. 10.45 og fra kl. 12.00 til kl. 14.45. Dette innebar en samlet utetid fra cellen på 7 timer for de som ikke hadde tilbud om sysselsetting.

Under besøket hadde alle innsatte 7 timers utetid fra cellen i helgen i tidsrommet 8.30-13.00 og 16.00-18.30. I etterkant av besøket informerte fengselet om at dette ble utvidet med 30 minutter da tidspunktet for innlåsing ble endret til 19.00 i slutten av 2023.

Fengselets ukeplan innbar at utlåsingstiden i ukedagene for innsatte som ikke var sysselsatt, og for alle innsatte i helgen, var lavere enn CPTs minimumsanbefaling.

Vi fikk opplyst at innsatte uten sysselsetting i utgangspunktet skulle følges opp av aktiviseringsteamet med samtaler, hobbyaktiviteter og turer i luftegården eller gymsalen. På besøkstidspunktet var aktiviseringsteamet imidlertid ikke fulltallige og måtte prioritere strengt mellom gruppene av innsatte (se kapittel 6.3.2 *Oppfølging av isolerte innsatte*). Flere innsatte fortalte at de ikke kjente til aktiviseringsteamet og følte at de tilbrakte mye tid på cellen uten sosial kontakt. Også eldre innsatte som på grunn av sin fysiske form ikke hadde anledning til å være sysselsatt eller utendørs, ble sittende en del alene på cellen eller avdelingens tekjøkken.

Økende innlåsing av innsatte utgjør en risiko for faktisk isolasjon, det vil si isolasjon som ikke er en konsekvens av en beslutning av retten eller et vedtak om utelukkelse fra fengselets side. Sivilombudet er bekymret for denne utviklingen og understreker at den går på tvers av myndighetenes arbeid for å forebygge isolasjon og sikre innsatte fellesskap. Større grad av innlåsing bidrar også til å øke risikoen for konflikt og utrygghet mellom innsatte og mellom ansatte og innsatte, og svekker de ansattes mulighet til å drive godt relasjons-, sikkerhets- og tilbakeføringsarbeid.

⁸¹ De europeiske fengselsreglene, regel 25.2.

⁸² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), CPT standards, CPT/Inf/E (2002) 1 - Rev. 2013, side 17, avsnitt 47. CPT (1992). 2. årsrapport fra 1992, CPT/Inf 1992 (3), avsnitt 47; CPT (2017). 26. årsrapport fra 2017, CPT/ Inf 2017 (5), avsnitt 58.

⁸³ EMD *Fenech mot Malta*, klagenr. 19090/20, 1. mars 2022; De europeiske fengselsreglene, regel 53A bokstav g; Mandelareglene, regel 23.1

6.3 Utelukkelse fra fellesskapet

Etter straffegjennomføringsloven har fengselet adgang til å beslutte at en innsatt skal være helt eller delvis utelukket fra fellesskapet med andre, dersom det er nødvendig for å hindre at innsatte fortsetter å påvirke miljøet i fengselet på en særlig negativ måte, hindre innsatte i å skade seg selv eller øve vold eller fremsette trusler mot andre, hindre betydelig materiell skade, hindre straffbare handlinger, eller for å opprettholde ro, orden og sikkerhet.⁸⁴ Utelukkelse etter straffegjennomføringsloven § 37 kan bare skje som et forebyggende, ikke straffende, tiltak.

Fengselet har også adgang til å utelukke enkeltinnsatte eller et ubestemt antall innsatte fra fellesskap dersom akutte bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold gjør det nødvendig.⁸⁵ Utelukkelse kan videre skje dersom den innsatte selv ønsker det.⁸⁶ Innsatte i varetekt kan også være isolert som følge av domstolens beslutning.⁸⁷

6.3.1 Omfang av utelukkelse fra fellesskapet

Ifølge fengselets tertialrapporteringer til regionen hadde det vært en betydelig økning i hele utelukkelse fra fellesskapet, fra 24 i 2022 til 43 i 2023. At omtrent halvparten av utelukkelsene i 2022 var begrunnet i smittevern som følge av koronapandemien, gjorde økningen i 2023 påfallende.

Fengselet selv vurderte at utviklingen skyldtes et økt konfliktnivå mellom innsatte og at dette blant annet var en følge av et større antall innsatte med rusproblemer og lengre dommer var overført fra Trondheim fengsel. I tertialrapporteringer til regionen ble det blant annet vist til fengselet størrelse gjør det vanskelig å håndtere konflikter der det er mange innsatte involvert.⁸⁸

6.3.2 Oppfølging av isolerte innsatte

Fengslene skal legge forholdene til rette for å redusere skadevirkningene av både domstolbesluttet isolasjon og fengslenes vedtak om utelukkelse fra fellesskapet.⁸⁹ Tiltak for å forebygge isolasjonsskader bør inkludere for eksempel besøk, sosiale aktiviteter med enkeltinnsatte, samtaler med ansatte, herunder sosialarbeidere, psykolog, prest/imam eller representanter fra lokale besøks- og støtteordninger.⁹⁰ Ifølge De europeiske fengselsreglene skal alle innsatte som er utelukket fra fellesskapet tilbys minst to timer meningsfull menneskelig kontakt hver dag.⁹¹ For at kontakten skal anses som meningsfull, bør den være empatisk og foregå ansikt til ansikt uten fysiske barrierer som celledører eller liknende. Kommunikasjonen bør ikke ha en kortvarig og tilfeldig karakter, og utføring av oppgaver som utdeling av mat eller medisinsk tilsyn vil ikke i seg selv utgjøre meningsfull

⁸⁴ Straffegjennomføringsloven § 37 første ledd bokstav a-e.

⁸⁵ Straffegjennomføringsloven § 37 åttende og niende ledd første alternativ.

⁸⁶ Straffegjennomføringsloven § 37 niende ledd andre alternativ.

⁸⁷ Straffeprosessloven § 186.

⁸⁸ Kriminalomsorgen Nordland resultatrapport 3. tertial 2022 til Kriminalomsorgen region nord, s. 7

Kriminalomsorgen Nordland resultatrapport 3. tertial 2023 til Kriminalomsorgen region nord, s. 8

⁸⁹ Straffegjennomføringsloven § 2 tredje ledd, jf. forskrift om straffegjennomføring § 1-2 andre ledd og § 3-35 andre ledd og Mandelareglene, regel 38.2.

⁹⁰ Essex paper 3: Initial guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, utarbeidet av en ekspertgruppe organisert av Penal Reform International og Essex Human Rights Centre 7.–8. april 2016, s. 88–89.

⁹¹ De europeiske fengselsreglene, regel 53A a.

menneskelig kontakt.⁹² Innsatte som er isolert eller utelukket skal, som andre innsatte, sikres mulighet til å ha minst én times opphold utendørs og mulighet til fysisk aktivitet.⁹³

Fengselet opprettet et aktiviseringsteam i juni 2023. Teamet besto av 5 stillinger, av disse var 3 ansatte med sosialfaglig bakgrunn operative på besøkstidspunktet. Én ansatt var i fødselspermisjon og det var ikke ansatt en vikar, mens den andre stillingen som var tiltenkt en person med fengselsbetjentutdanning, var ubesatt. Aktiviseringsteamet jobbet foreløpig bare dagskift og avlastet betjentene på formiddagen.

Under besøket fikk Sivilombudet opplyst at aktiviseringsteamet primært fulgte opp innsatte i følgende tre grupper: De som var fullstendig isolert av retten eller utelukket fra fellesskap hadde høyest prioritet sammen med innsatte som isolerte seg selv. Neste kategori var innsatte med lettere utviklingshemning og innsatte med psykiske lidelser, samt innsatte under 25 år. Den siste kategorien omfattet eldre med bevegelgesproblemer. Aktiviseringsteamet hadde ingen rutinemessig oppfølging av innsatte uten sysselsettingstilbud, men dette var en gruppe som man på sikt ønsket å jobbe med.

Til tross for etableringen av et aktiviseringsteam, syntes fengselet ikke å ha kapasitet til å sikre tilstrekkelig oppfølging av innsatte som var isolert, eller av andre grunner satt mye innelåst og hadde behov for oppfølging.

Bodø fengsel har tidligere fått kritikk av Europarådets torturkomite (CPT) for manglende oppfølging av varetektsinnsatte som er isolert etter beslutning av domstolen.⁹⁴ Da CPT besøkte fengselet i 2018 uttrykte komiteen bekymring for at denne gruppen innsatte vanligvis bare ble tilbudt en times lufting og en times trening i gymsalen, og hadde begrenset sosial kontakt med fengselsbetjentene. Komiteen understreket at også varetektsinnsatte som er isolert av retten innsatte bør få tilbud om minst to timers meningsfull sosial kontakt hver dag.⁹⁵

Under besøket kom det frem opplysninger som tydet på at fengselsbetjentene fortsatt hadde problemer med å sikre at innsatte som var fullt isolert av retten fikk tilstrekkelig oppfølging. Aktiviseringsteamets prioritering av denne gruppen innsatte var derfor viktig, men gjorde at temaet hadde begrenset kapasitet til å følge opp andre innsatte som var mye innelåst.

Fengselet opplyste at det var registrert ni avvik som gjaldt to timers meningsfull menneskelig kontakt for utelukkede i perioden januar-november 2023. I seks av tilfellene takket de innsatte nei til tilbudet, og i de resterende tre klarte ikke fengselet å gi et slikt tilbud. Funn under besøket indikerte samtidig at ikke alle slike avvik ble registrert.

Ansatte fortalte om stort tidspress, særlig i perioder med flere innsatte på full isolasjon og utfordringer med å ha kapasitet til å følge disse tilstrekkelig opp. Fengselet formidlet at årsaken til at de ikke alltid klarte å sikre nødvendig oppfølging av innsatte som var isolert, var utilstrekkelig bemanning.

⁹² Se Essex Paper 3, Initial Guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, s. 88–89.

⁹³ De europeiske fengselsreglene, regel 53A g, jf. regel 27.1. og 27.2; Kriminalomsorgsdirektoratet, Utarbeidelse av ukeplan for utelukkede innsatte, brev 22. september 2020.

⁹⁴ Straffeprosessloven, § 186a, annet ledd

⁹⁵ CPT (2019). Rapport til Norge, CPT/Inf (2019) 1, avsnitt 82.

Anbefaling: Innlåsing og isolasjon

7. Fengselet bør sikre at alle innsatte som ikke er isolert kan tilbringe minst åtte timer utenfor cellen hver dag og drive med meningsfulle aktiviteter, inkludert i helgene.
8. Fengselet må sikre at innsatte som selvisolerer og innsatte som er utelukket fra fellesskapet, får nødvendig oppfølging, og som minimum to timers meningsfull sosial kontakt.
9. Fengselet bør sikre at alle utelukkelsesvedtak konkret og detaljert beskriver årsaken til utelukkelse og hvilke lempeligere midler som er forsøkt benyttet, samt hvorfor disse eventuelt anses utilstrekkelige.
10. Fengselet bør styrke sitt arbeid for å redusere risikoen for isolasjonsskader for alle innsatte som er isolert, samt sikre at eventuelle avvik dokumenteres og følges opp systematisk.
11. Det bør sikres at innsatte alltid gis tilbud om minst én times opphold i friluft i en luftegård med muligheter for fysisk aktivitet og tilgang til dagslys hver dag.

7 Bruk av tvangsmidler

Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og innsatte skaper risiko for overgrep og krenkelser. Det er derfor avgjørende at det arbeides aktivt for å fremme verdier, holdninger og en felles kultur som er i overensstemmelse med retten til å bli behandlet med menneskelighet og verdighet.⁹⁶ En god institusjonskultur er i seg selv tvangsforebyggende, mens ansattes opplevelse av stress, maktesløshet og tidspress kan øke risikoen for uforholdsmessig maktbruk.

Sivilombudets funn fra tidligere besøk har vist at kriminalomsorgen har et klart forbedringspotensial når det gjelder å forebygge bruk av isolasjon og tvangsmidler.⁹⁷ Mandelareglene oppfordrer blant annet til å bruke metoder for konfliktforebygging, konfliktløsning og mekling for å unngå disiplinærstraff.⁹⁸ Ved bruk av tvang og makt ved frihetsberøvelse i barneverns- og helse- og omsorgssektoren, gjelder det lovpålagte plikter om å forebygge og evaluere bruk av tvang.⁹⁹ Pliktene omfatter å innhente synspunkter fra den som er berørt om hvordan tvangen oppleves, og om hvordan tilsvarende hendelser kan unngås i fremtiden. Straffegjennomføringsloven mangler slike regler. Dette har Sivilombudet spilt inn i hørings svar til forslag til endringer i straffegjennomføringsloven sommeren 2023.¹⁰⁰

7.1 Sikkerhetscelle

7.1.1 Utforming av sikkerhetscellene

Fengselet hadde to sikkerhetsceller som var plassert i fengselets underetasje. Det ble opplyst at en belteseng kunne plasseres i en av de to sikkerhetscellene, men at denne ikke hadde vært i bruk på flere år. Den omtales derfor ikke nærmere her. Det minnes om at Sivilombudet har anbefalt å avskaffe belteseng i fengsler, og at Kriminalomsorgsdirektoratet høsten 2021 besluttet å avvikle belteseng som tvangsmiddel innen 2024.¹⁰¹

Sikkerhetsceller er glattceller med egenskaper som forsterker de skadelige elementene av isolasjon. De er bygget i betong og mangler møblering, bortsett fra en plastmadrass på gulvet. Det er toalett i form av et hull i gulvet.

Sikkerhetscellene i Bodø fengsel var støpt som to «rom i rommet». Dette gjorde at det kun var indirekte dagslys via et vindu i sikkerhetscellen ut til vindu i frostet glass i ytterveggen. Cellene bar preg av å være slitt, og belysningen var dårlig. Lyset inne på sikkerhetscellene kunne dimmes, men fra utsiden var cellene opplyst med en spotlight som var rettet inn gjennom et tilsynsvindu. Det kom

⁹⁶ FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 10. Se også Penal Reform International og Association for the Prevention of Torture (APT) (2015). Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring og Scottish Human Right Commission (2009). Human Rights in a Health Care Setting: Making it Work. An evaluation of a human rights-based approach at The State Hospital.

⁹⁷ Dokument 4:3 (2018/19), kapittel 12

⁹⁸ Mandelareglene, regel 38.1

⁹⁹ Se barnevernsloven § 10-7 andre ledd og § 10-4, se Prop. 133 L (2020–2021) kap. 25.1 spesialmerknader til barnevernloven § 10-4, helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-4 jf. 9-3 og psykisk helsevernloven § 1-1 og § 4-2 andre og tredje ledd.

¹⁰⁰ Sivilombudets høringsuttalelse om endringer i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel), avgitt 15.06.2023 (ref. 2023/566), side 8.

¹⁰¹ Sivilombudsmannen (2020). Bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler og Kriminalomsorgen (2021) Årsrapport, s. 52.

frem at innsatte ble plaget av spotlighten som ikke kunne dimmes. Fengselet må sørge for at belysningen ikke er til hinder for søvn og hvile.

En klokke utenfor cellene var synlig gjennom et vindu.

Cellene var utstyrt med fungerende toveis callingsystem. Ombudet understreker at tilsyn på en sikkerhetscelle aldri bør erstattes av kommunikasjon via calling.

En luke i metalldøren kunne brukes til kommunikasjon med innsatte og overlevering av mat og drikke. Det var ingen matluke ved gulvet. Det var tilgang til drikkevann gjennom en vannstrålefunksjon på veggen over toalettet. At mat ikke skyves inn via en gulvluke slik det gjøres i sikkerhetsceller i mange andre fengsler, og at det var tilgang til drikkevann inne på cellen er positivt.

Funn under besøket viste at innsatte i flere tilfeller frøs under oppholdene. Fengselet må sikre at innsatte ikke fryser mens de er på sikkerhetscelle, også i lys av at de innsatte oftest ikke har tilgang til varmere klær og i liten grad har mulighet til fysisk aktivitet.

Størrelsen på sikkerhetscellene var svært problematisk. Særlig gjaldt dette takhøyden. I begge cellene var denne bare 2,1 meter.¹⁰² Den lave takhøyden gjorde det ubehagelig å oppholde seg i cellene. Gulvarealet på den ene cellen var på 5,25 kvadratmeter, mens den andre var 7,75 kvadratmeter. Det er ombudets vurdering at uroen og ubehaget hos innsatte som framgikk av flere av tilsynsloggene for sikkerhetscellene blant annet må ses i sammenheng med sikkerhetscellenes klaustrofobiske utforming. Størrelsen på sikkerhetscellene ble i 2018 kritisert av CPT under deres besøk til Bodø fengsel.¹⁰³ Også mangelen på utsyn og direkte dagslys var problematisk.

Samlet sett utgjorde utformingen av sikkerhetscellene en klar risiko for umenneskelig behandling, og ombudet vurderer at sikkerhetscellene i sin nåværende form ikke bør brukes.

7.1.2 Bruk av sikkerhetscelle

En innsatt kan plasseres på sikkerhetscelle for å avverge alvorlig angrep eller skade på person, hindre iverksettelse av alvorlige trusler eller betydelig skade på eiendom, eller å hindre rømning eller unnvikelse fra fengsel.¹⁰⁴ Sikkerhetscelle skal bare brukes når forholdene gjør det strengt nødvendig, og andre mindre inngripende tiltak forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelig. Tiltaket skal brukes med varsomhet slik at ingen påføres unødig skade eller lidelse.¹⁰⁵

I 2022 ble det fattet fem vedtak om bruk av sikkerhetscelle, og i 2023 fire. Vi gjennomgikk syv av sikkerhetscelleoppholdene. Det korteste varte i seks timer og det lengste varte i cirka to døgn og fire timer. Fem av syv opphold varte i mindre enn et døgn.

Det virket å være bevissthet hos ledelse og ansatte om de strenge vilkårene for å bruke sikkerhetscelle. Noen av vedtakene var likevel mangelfulle, og tre av de syv vedtakene manglet en tilstrekkelig begrunnelse for hvorfor plasseringen var «strengt nødvendig». Flere av vedtakene beskrev heller ikke hvilke mindre inngripende tiltak som var forsøkt eller antatt utilstrekkelige. Dette

¹⁰² Ifølge KDIs oppdaterte krav til sikkerhetsceller skal disse nå bygges med minimum 3 m takhøyde, jfr. Standardkrav til sikkerhetscelle etter straffegjfl. § 38, KDI 2023, punkt 2.

¹⁰³ CPT (2019). Rapport til Norge, CPT/Inf (2019) 1, avsnitt 108.

¹⁰⁴ Straffegjennomføringsloven § 38 og Kriminalomsorgsdirektoratets retningslinjer til loven, punkt 38.4.

¹⁰⁵ Straffegjennomføringsloven § 38 tredje ledd.

omfattet også et vedtak der det var brukt pepperspray før vedkommende ble plassert på sikkerhetscelle.

Fire av de syv vedtakene var begrunnet med selvmordsfare. Ett av disse ble begrunnet med at bemanningsmessige forhold på kveldstid gjorde at det bare var mulig å føre kontinuerlig tilsyn med en selvmordsnær innsatt når vedkommende var satt på sikkerhetscelle. I et annet tilfelle var fengselet så urolig for selvmordsfaren for en innsatt at det ble formidlet til politiet at fengselet ikke kunne ta ansvar for den innsatte i varetekt, men at den innsatte måtte tilbakeføres til arresten siden det var mindre enn 48 timer siden pågrepelse. Det kom frem at den innsatte ble hentet av politiet som fremstilte ham for legevakten. Sent på kvelden ble han ført tilbake til fengselet og plassert på sikkerhetscelle.

Sivilombudet har gjentatte ganger understreket risikoen ved å bruke sikkerhetscelle som tiltak ved selvmordsfare. Selv om den akutte faren for selvmord og selvskading kan begrenses når en innsatt plasseres på en naken celle, er det åpenbart at bruken av sikkerhetscelle mangler helende eller hjelpende elementer. Graden av lidelse og bekymringsfulle symptomer kan øke, og det kan ikke utelukkes at risikoen for selvmord kan øke både på kort og lang sikt.¹⁰⁶ I lys av dette og av selvmordene som hadde funnet sted i fengselet de tre siste årene, var bruken av sikkerhetscelle i disse situasjonene urovekkende (se kapittel 8 *Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord*). Utformingen av sikkerhetscellene gjorde dette enda mer problematisk (se kapittel 7.1.1 *Utforming av sikkerhetscellene*).

7.1.3 Oppfølging på sikkerhetscelle

De strenge vilkårene for å bruke sikkerhetscelle gjør det nødvendig å sikre løpende arbeid for å raskest mulig avslutte et sikkerhetscelleopphold. Dette var svakt dokumentert i flere av oppholdene. I flere tilfeller var innsatte rolig og svarte greit for seg over flere timer før vedtaket ble opphevet. Dette er problematisk. I flere tilfeller virket det som om den innsatte måtte beklage sin oppførsel eller uttrykke forståelse for betjentenes syn før vedkommende ble tatt ut av sikkerhetscellen.

Dokumentgjennomgangen viste at fengselsansatte gjennomførte tilsyn hver time eller oftere. Også dokumentasjon av tilbud om mat, drikke og medisiner var oppført i tilsynsloggene.

Når innsatte som skader seg selv eller oppleves som selvmordsnær plasseres på sikkerhetscelle, er det svært viktig med et tett oppfølgingsarbeid for å avslutte plasseringen så raskt som mulig, slik at vedkommende kan komme tilbake til omgivelser som i mindre grad utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. I en slik oppfølging er det avgjørende at ansatte ivaretar innsatte gjennom god kommunikasjon. Funnene ga grunn til bekymring for om alle betjentene hadde kapasitet og kompetanse til dette.

I rapporten etter CPTs besøk til Norge i 2018 understreket komiteen at innsatte på sikkerhetscelle aldri burde oppholde seg nakne der.¹⁰⁷ Ifølge kriminalomsorgens retningslinjer skal innsatte få

¹⁰⁶ Sivilombudet, Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler Dokument 4:3 (2018/2019), 2019. Se kapitlene 4.2 og 9.3, og Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel. En undersøkelse under OPCAT-mandatet, 2022, side 17.

¹⁰⁷ CPT (2019). Rapport til Norge, CPT/Inf (2019) 1, avsnitt 110. Kritikken ble rettet mot Oslo fengsel som på daværende tidspunkt ikke hadde rivesikre klær og hadde plassert innsatte nakne på sikkerhetscelle.

beholde egne klær på sikkerhetscelle. Tas klærne fra noen, må det begrunnes i protokollen.¹⁰⁸ På dette punktet var protokollene fra sikkerhetscelleoppholdene vi gjennomgikk mangelfulle. Det fremkom ikke alltid om de innsatte fikk beholde egne klær.

I ett tilfelle gikk det fram at en selvmordsnær innsatt over lengre tid måtte være naken på sikkerhetscellen. Den innsatte hadde klær fra starten av oppholdet i sikkerhetscellen, men etter en vurdering av selvmordsrisiko utført av en lege fra legevakten, fikk den innsatte beskjed om å ta av seg alle klærne. Den innsatte syntes å få tildelt et teppe, men det var ikke dokumentert at han fikk mulighet til å ha på seg en rivesikker poncho. Senere beskrivelser i loggen ga inntrykk av at han var naken frem til han ble ført tilbake til ordinær celle flere timer senere. Dette er sterkt kritikkverdig.

7.2 Inngripende kroppsvisitasjon

Kroppsvisitasjoner er et inngripende tiltak som innebærer avkledning, og skal ikke gjøres rutinemessig. Kroppsvisitasjon skal kun skje på bakgrunn av «etterprøvbare faglige vurderinger» og omstendighetene må være begrunnet i «konkrete og vektige sikkerhetshensyn».¹⁰⁹ Visitasjoner skal utføres av betjenter av samme kjønn som innsatte og utføres på en måte som gjør at den innsatte enten får ha på klær på overkroppen eller underkroppen (totrinns). I fengselets rutiner het det at innsatte som visiteres aldri skal være nakne, og at rutinemessige visitasjoner ikke må forekomme.

Under besøket kom det frem informasjon som tydet på at det i perioden 2021-2023 kan ha forekommet minst seks tilfeller av nakenvistasjoner der innsatte måtte være helt nakne, og sette seg på huk. Hendelsene skal ha forekommet ved innsettelse i fengselet og i forbindelse med narkotikaaksjoner. Informasjonen tydet på at visitasjonene ikke ble gjennomført totrinns ved at innsatte først tok av seg på overkroppen og deretter nedentil, etter å ha fått genseren tilbake. Dette er i strid med retningslinjene.¹¹⁰

Anbefaling: Isolasjon og bruk av tvangsmidler

12. Fengselet bør ta initiativ til å sikre at sikkerhetscellene får en utforming som er mindre belastende. I sin nåværende utforming bør sikkerhetscellene ikke benyttes.
13. Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle vedtak inneholder en konkret begrunnelse for at tiltaket er strengt nødvendig og en konkret beskrivelse av hvilke mindre inngripende tiltak som har vært forsøkt, og hvorfor disse ikke har ført frem.
14. Fengselet bør forbedre sine dokumentasjonsrutiner ved sikkerhetscelleopphold.
15. Innsatte bør som hovedregel få ha på seg egne klær under opphold på sikkerhetscelle. Ved akutt selvmordsrisiko bør den innsatte få tilbud om rivesikre, selvmordsforebyggende klær.
16. Visitasjon med full avkledning bør gjennomføres trinnvis, ved at innsatte får tilbake klær på overkroppen før plagg nedentil fjernes for å gjøre visitasjonsprosessen så skånsom som mulig. Det bør sikres at dette dokumenteres.

¹⁰⁸ Retningslinjer til straffegjennomføringsloven, revidert 15. mars 2019, lov- og forskriftsbestemmelser oppdatert 16. januar 2023, punkt 38.7.2.

¹⁰⁹ KDI: Foreløpige føringer om undersøkelse av innsatte - kroppsvisitasjon 21.09.2020, ref.: 201807861-41.

¹¹⁰ KDI: Foreløpige føringer om undersøkelse av innsatte - kroppsvisitasjon 21.09.2020, ref.: 201807861-41.

8 Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord

Rettslige krav og standarder

Myndighetene har plikt til å sette i verk forebyggingstiltak dersom de vet eller burde visst at det forelå en reell og overhengende risiko for selvmord hos en innsatt. I flere saker om selvmord i fengsel har Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) konkludert med at Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) artikkel 2 om retten til liv var krenket, under henvisning til at det ikke var blitt gjennomført rimelige tiltak for å forebygge selvmordet.¹¹¹

Både Europarådets komité for torturforebygging (CPT) og Verdens helseorganisasjon (WHO) har pekt på tidlig kartlegging av den innsattes tilstand, god opplæring av ansatte og tilstrekkelig informasjonsflyt mellom ulike instanser, for eksempel helsetjenesten og fengselsansatte, som viktige elementer i dette arbeidet.¹¹²

Dette er tiltak som også understøttes av forskning.¹¹³ EMD har i flere saker slått fast at staten, for å sikre retten til liv, plikter å gi tilpasset helseoppfølging til innsatte med identifisert selvmordsrisiko, som et forebyggingstiltak mot selvmord.¹¹⁴ Også De europeiske fengselsreglene (regel 47) og Mandelareglene (regel 30) understreker at helsetjenesten spesielt skal identifisere og forebygge selvmordsrisiko.

Mandelareglene (regel 45.2) slår i tillegg fast at det bør være forbudt å isolere innsatte som har psykiske og/eller fysiske helseutfordringer, når isolasjonen vil føre til en forverring av disse helseutfordringene. EMD har påpekt at staten må være særlig varsom med bruk av isolasjon når det foreligger en selvmordsfare.¹¹⁵ Domstolens praksis viser videre at bruk av isolasjon eller sikkerhetscelle mot innsatte som begår selvmordsforsøk kan innebære brudd på forbudet mot tortur og umenneskelig og nedverdiggende behandling i artikkel 3.¹¹⁶

Sivilombudets rapport *Selv mord og selvmordsforsøk i fengsel* inneholder en nærmere redegjørelse for plikten til å forebygge selvmord i fengsel og for den økte selvmordsrisikoen i fengsel.¹¹⁷

¹¹¹ EMD *Keller mot Russland*, klagenr. 26824/04, 17. oktober 2013, avsnitt 82; EMD *Keenan mot Storbritannia*, klagenr. 27229/95, dom 3. april 2001, avsnitt 93.

¹¹² Den europeiske torturforebyggingskomité (CPT), Helsetjenester i fengsel, utdrag fra komiteens tredje årsrapport 1993, CPT/inf(93)12-part, avsnittene 57–59; Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007). Preventing suicide in jails and prisons.

¹¹³ Hayes, L.M., (2006). Suicide prevention on correctional facilities: An overview, i Puisis, M. (2006). *Clinical Practice in Correctional Medicine* (Second Edition). Mosby-Elsevier; Blaauw, E., Kerkhof, A. J., og Hayes, L. M. (2005). Demographic, criminal, and psychiatric factors related to inmate suicide. *Suicide & life-threatening behavior*, 35(1), 63–75.

¹¹⁴ EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnittene 85–110; se også EMD *Çoşelav mot Tyrkia*, klagenr. 1413/07, 9. oktober 2012.

¹¹⁵ EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008.

¹¹⁶ EMD *Jeanty mot Belgia*, klagenr. 82284/17, 31. mars 2020, avsnitt 119 og 120; EMD *Keenan mot Storbritannia*, klagenr. 27229/95, 3. april 2001, avsnitt 116; EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnitt 107.

¹¹⁷ Sivilombudet (2023). *Selv mord og selvmordsforsøk i fengsel*.

8.1 Omfang

I årene 2021-2023 var det registrert fem selvmord og seks selvmordsforsøk i Bodø fengsel, og ett tilfelle av selvskading i 2022. Fengselet hadde ikke registrert selvmordsforsøk i 2023, men i dokumentgjennomgangen kom det frem informasjon som tydet på at det hadde vært minst ett selvmordsforsøk dette året. Selv om det ikke kan trekkes sikre konklusjoner basert på små tall, er det urovekkende at et lite fengsel med 56 plasser har hatt fem selvmord i løpet av tre år. Selvmordsforebygging var derfor et viktig tema under besøket. Som ledd i undersøkelsene i forbindelse med besøket gikk vi gjennom dokumentasjon som gjaldt alle de fem selvmordene, i tillegg til øvrig dokumentasjon som gjaldt fengselets forebygging av selvmord.

8.2 Forebygging av selvmord

8.2.1 Kartlegging av risiko

Sårbarheter og selvmordsrisiko bør kartlegges så raskt som mulig etter innsettelse. Dette er et viktig element i fengselets arbeid for å forebygge psykisk uhelse i fengselet, selvskading og selvmord.¹¹⁸ Fengselet må sikre at forholdene legges til rette for at inkomstsamtalen kan fange opp slik risiko, herunder ved å bruke tolk dersom det er behov for det (se kapittel 4.4 *Kommunikasjon og manglende bruk av tolk*). En slik kartlegging ved innsettelse kommer i tillegg til den som skal gjennomføres av fengselshelsetjenesten (se kapittel 9.2 *Helsekartlegging*).

Kartlegging ved innsettelse er imidlertid ikke tilstrekkelig. Temaet må følges opp underveis i fengselsoppholdet, for å identifisere endret risiko.¹¹⁹ EMD har slått fast at fengslene har ansvar for å vurdere risikoen for selvmord løpende gjennom fengselsoppholdet for å kunne iverksette tiltak når det oppstår behov for det.¹²⁰ Dette påpekes også i KDIs retningslinjer (2018). Ifølge retningslinjen skal fengselet gjøre en ny kartlegging, vurdering og utarbeide en ny tiltaksplan dersom det oppstår forhold som kan bidra til økt risiko for selvskade eller selvmord.¹²¹

Rutinen i fengselet var at innsatte skulle kartlegges av en fengselsbetjent i løpet av det første døgnet for å identifisere selvmordsrisiko. Av dokumentgjennomgangen så det ut til at fengselet rutinemessig gjennomførte selvmordskartlegging ved inkomst. Dette var blant annet gjennomført for alle de fem som senere tok livet sitt.

Gjennomgangen avdekket at kartleggingen ved inkomst identifiserte risikofaktorer hos fire av de fem. Til tross for dette ble det bare konkludert med selvmordsrisiko på inkomstskjemaet for én av de fem innsatte. Det kom også frem at alle fem tidligere hadde skadet seg selv eller forsøkt å ta sitt eget liv.

Kriminalomsorgens standardskjema ble brukt og skulle overleveres til helseavdelingen som hadde ansvar for å gjøre en selvstendig risikokartlegging og oppfølging. Våre funn viste at helseavdelingen ikke alltid gjorde dette. Dette gjaldt blant annet fire av de fem selvmordene i 2021 og 2023 der en

¹¹⁸ Se f.eks. Maha Aon m.fl. (2018). Suicide and self-harm in prisons, DIGNITY Publication Series on Torture and Organised Violence No. 23, kap 3.1.

¹¹⁹ Hayes L. M. (2013). Suicide prevention in correctional facilities: reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry*, 36(3-4), 188–194.

¹²⁰ EMD *Çoşelav mot Tyrkia*, nr. 1413/07, 9. oktober 2012.

¹²¹ Kriminalomsorgsdirektoratet (2018). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven: Forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel, 2018, punkt 6.

dokumentgjennomgang viste at helseavdelingen i bare i ett av de fem tilfellene hadde gjennomført en risikokartlegging av selvmordsfare (se kapittel 9.2.2 *Kartlegging og oppfølging av selvmordsrisiko*).

8.2.2 Manglende forebyggingstiltak i enkeltsaker

KDIs retningslinjer slår fast at det skal utarbeides en tiltaksplan «dersom det fremkommer indikasjoner eller opplysninger som gir grunn til bekymring».¹²² En slik plan er viktig for å sikre at forebyggingstiltak blir fulgt opp systematisk og at alle ansatte som har behov for det, kjenner til tiltakene og hvordan de skal bidra til å gjennomføre dem.¹²³ Et planmessig forebyggingsarbeid er også en forutsetning for å vurdere om tiltakene er riktige og tilstrekkelige underveis.

I en av sakene, der en innsatt tok livet sitt kort tid etter innsettelse, fikk innsatte hyppig tilsyn av fengselet det første døgnet, men deretter var det ikke dokumentert noen form for oppfølging. I ett av tilfellene hadde helseavdelingen bedt fengselet om å følge ekstra med på grunn av bekymringer knyttet til rus, men vi fant ikke dokumentasjon på at dette ble fulgt opp.

Det kom videre frem at ansatte i minst en av de andre sakene ble bekymret for innsatte på bakgrunn av at han uttrykte konkrete selvmordstanker. Vi kunne ikke se av dokumentene at dette førte til at det ble iverksatt forebyggingstiltak eller at helseavdelingen eller legevakt ble informert.

I ett av tilfellene fikk den innsatte en noe tettere oppfølging de tre første dagene med åpen luke, tilsyn og flere samtaler. Dette ble imidlertid avsluttet etter den innsattes eget ønske til tross for at det kom frem at fengselet var bekymret for situasjonen. Det gikk ikke frem hvilken vurdering fengselet selv hadde gjort ved beslutningen om å avslutte forebyggingstiltakene. Den innsatte tok sitt eget liv natten etter at tiltaksplanen var avsluttet.

Rusabstinens så ikke ut til å bli vurdert som en selvstendig risikofaktor for selvmord, verken av fengselet eller av helseavdelingen (se kapittel 9.2.2 *Kartlegging og oppfølging av selvmordsrisiko*).

Dokumentgjennomgangen viste at fire av de fem omkomne innsatte ba andre om hjelp og ga uttrykk for selvmordstanker, bekymringer om familie, og beskrev symptomer som nedstemthet, angst, paranoia og søvnvansker. I ett av tilfellene foretok helsepersonell en suicidvurdering som konkluderte med en forhøyet, men ikke akutt, risiko. Det syntes ikke å ha blitt iverksatt konkrete tiltak for å forebygge den forhøyede risikoen.

8.3 Evaluering og læring etter selvmord

Det er godt dokumentert at innsatte er en gruppe som er mer utsatt for dårlig psykisk helse og har høyere andel rusmiddelrelaterte lidelser enn den øvrige befolkningen. Dette er forhold som er forbundet med økt selvmordsrisiko.¹²⁴ Å være fratatt friheten innebærer også i seg selv, at man fratas viktige ressurser, som støttende nettverk, og opplevelse av kontroll over eget liv og mulighet til

¹²² Kriminalomsorgen har utarbeidet malen «Tiltaksliste ved risiko for selvmord/selvskading» som skal brukes som tiltaksplan overfor selvmordsnære innsatte. Se også Sivilombudet (2023). *Selv mord i fengsel*, s. 15.

¹²³ Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007), s. 13-14.

¹²⁴ Se f.eks. Shaoling Zhong m.fl. Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Public Health*, 2020; 6:e164-74; Jenny Shaw m.fl. *Safer Prisons - A National Study of Prison Suicides 1999-2000* by the National Confidential Inquiry into Suicides and Homicides by People with Mental Illness. 2003.

å mestre en vanskelig situasjon.¹²⁵ I tillegg kan institusjonelle forhold i fengselet, som høyt sikkerhetsnivå, mangel på sosial kontakt og opphold på enecelle, bidra til økt risiko for selvmord.¹²⁶

Tidligere episoder med selvskading og selvmordsforsøk utgjør den viktigste risikofaktoren for selvmord og selvskading eller selvmordsforsøk.¹²⁷ Også rusmiddelbruk er en kjent risikofaktor for selvmord.¹²⁸ Det er i tillegg svært viktig å fange opp konkrete forhold som forårsaker økt håpløshet, søvnløshet, uro eller selvmordstanker.¹²⁹

Gjennomgående ga både ansatte og ledelsen uttrykk for at selvmordene hadde kommet uten forvarsel. Flere beskrev det som tilfeldig at fengselet hadde hatt så mange selvmord og det ble brukt uttrykk som «lyn fra klar himmel». Det ble gjennomgående formidlet en sterk opplevelse av at det ikke ville vært mulig å gjøre mer for å minske risikoen for at innsatte tok sitt eget liv. Hverken fengselets ledelse eller ansatte kunne beskrive konkrete læringspunkter eller endringer av rutiner eller praksis etter selvmordene. Mange pekte på at hendelsene hadde store forskjeller og at det var vanskelig å trekke generelle lærdommer av dem. Det var blitt avholdt møter etter selvmordene, både internt i fengselet og med helseavdelingen, men det forelå ikke referat eller oppsummeringer fra disse møtene.

Vår gjennomgang viste at det var flere fellesnevner ved selvmordene og flere forhold som tilsa en forhøyet risiko ved disse innsatte. Tidligere selvmordsforsøk og selvskading utgjør en kjent risikofaktor, og alle de fem som tok livet sitt i fengselet i 2021-2023 hadde tidligere forsøkt å ta sitt eget liv eller skadet seg selv. For flere av dem kom det også frem store psykisk helseproblemer og abstinenser. Dokumentgjennomgangen avdekket også at fengselet, helseavdelingen og pårørende hadde vært bekymret for de innsatte.

Det er grunn til å understreke at disse risikofaktorene også vil være til stede hos flere innsatte som ikke ender med å ta sitt liv. Noen kan oppleve at dette gjør det vanskelig å vite når man skal iverksette tiltak. Ombudet understreker her at dette snarere underbygger behovet for å ha en lav terskel for å sette i verk kunnskapsbaserte forebyggingstiltak, som sosial kontakt, aktivisering, tilrettelegging for kontakt med pårørende og en god dialog med helsetjenestene.

En diakon fra Den norske kirke arbeidet i fengselet og var mye brukt som samtalepartner for innsatte, og ble opplevd som en støtte for både innsatte og ansatte. Dette gjaldt også i forbindelse med selvmordsforebygging og ved selvmord. Dette er positivt, men ombudet påpeker samtidig risikoen for at en slik ekstern støttefunksjon, særlig når den oppleves som nyttig, kan gjøre at fengselet og helseavdelingen opplever sitt selvstendige ansvar som mindre tydelig. Gjennomgående

¹²⁵ Verdens helseorganisasjon (WHO) Preventing suicide in jails and prisons, 2007.

¹²⁶ Se f.eks. Ad Kerkhof og Erik Blaauw, Suicide in prisons and remand centers: Screening and prevention i Danuta Wasserman og Camilla Wasserman (red.), The Oxford Textbook on suicide (First edition), Oxford University Press, 2009; Paolo Roma m.fl., Incremental conditions of isolation as a predictor of suicide in prisoners, Forensic Science International, 2013 Dec, 233(1-3):e1-2

¹²⁷ Helsedirektoratets nasjonale faglige råd "Selvskading og selvmord - veiledende materiell for kommunene om forebygging" (2021), s. 9.

¹²⁸ Myhre, M Ø., Astrup, H og Walby, F.A. (2022). *Selv mord med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Universitetet i Oslo.

¹²⁹ Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007), s. 12.

savnet vi konkrete eksempler på samarbeid mellom fengselet og helseavdelingen for å forebygge selvskading, selvmordsforsøk og selvmord (se kapittel 9.1.2 *Samarbeid i hverdagen*).

Under vårt besøk var det flere innsatte som ga uttrykk for at de var bekymret for selvskadende og selvisolerende innsatte, og for at den interne kommunikasjonen og informasjonsflyten i fengselet ikke var god nok. Flere mente at bekymringsfulle forhold ikke godt nok ble fulgt opp i vaktbyttene eller i møte med innsatte. Innsatte formidlet også manglende tillit til at betjenter ville bruke gode virkemidler for å forebygge selvmord, og viste til at isolasjon og sikkerhetscelle var blant tiltakene de innsatte visste kunne bli brukt dersom de delte bekymringer og tanker om å ta sitt eget liv (se kapittel 7.1.3 *Oppfølging på sikkerhetscelle*). Innsatte vegret seg derfor for å varsle om andres problemer eller selvmordsrisiko fordi de fryktet at medinnsatte ville ende med å bli isolert på sikkerhetscelle.

En av de viktigste beskyttelsesfaktorene mot selvmord er innsattes egen evne og vilje til å søke hjelp. Fengselet kan bidra til dette ved å skape et trygt soningsmiljø med lav terskel for å kontakte ansatte når innsatte har tunge perioder eller opplever problematiske endringer i eget eller pårørendes liv. En risiko for å bli møtt med isolasjon i en slik situasjon bidrar ikke til tillit og trygghet hos den som trenger hjelp eller støtte.

Gjennomgangen av selvmordene viste videre at tre av de fem hadde funnet sted innen seks dager etter innsettelse, og de to siste senere i innsettelsen. Alle fem døde ved kvelning og fire av fem ble funnet ved utlåsing om morgenen. At nesten alle hadde tatt livet sitt om natten, bidro til at innsatte var særlig bekymret for om de ville bli ivaretatt ved alvorlige hendelser om natten. Mulige kutt i nattbemanningen forsterket denne bekymringen også blant ansatte. Dersom bemanningen om natten ble ytterligere redusert ville fengselet ha behov for å tilkalle forsterkninger, eventuelt fra politiet, for å være mange nok til å kunne gå inn på cellen og avverge alvorlige hendelser som selvskading og selvmordsforsøk (se kapittel 4.1 *Krevende bemanningssituasjon*). Det kom også frem at helseavdelingen hadde uttrykt bekymring for at selvskading, selvmordsforsøk og selvmord oftere var gjennomført på kveld og natt enn på dagtid. Samtidig var det bekymringsfullt at helseavdelingen ikke hadde gjennomført en selvstendig selvmordskartlegging av fire av de fem som senere tok sitt liv (se kapittel 9.2.2 *Kartlegging og oppfølging av selvmordsrisiko*).

I 2023 gjennomførte Bodø fengsel to kurs i selvmordsforebygging for ansatte. I en rapportering til regionen fremgikk det at fengselet hadde nedsatt en arbeidsgruppe som skulle gjennomgå rutiner og jobbe med forebygging av alvorlige hendelser. Fengselet pekte selv på at andelen innsatte som får tilbud om meningsfull aktivitet vil være et betydelig tiltak for å forhindre uønskede alvorlige hendelser.

Etter ombudets syn er dette gode, men ikke tilstrekkelige tiltak. Funnene tydet videre på at samarbeidet mellom fengselet, helseavdelingen og spesialisthelsetjenesten bør styrkes som ledd i forebyggingen av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord.

Gode læringsprosesser etter alvorlige hendelser forutsetter vilje til å se kritisk og undersøkende på egne arbeidsmåter og rutiner. Dette kan være krevende, særlig etter hendelser som selvmord, som åpenbart utgjør en stor belastning også for ansatte. Det er først og fremst et ledelsesansvar å sikre et arbeidsmiljø der det oppleves som trygt å kritisk evaluere og eventuelt endre egen praksis. På kort sikt kan det være nærliggende å rette søkelyset mot det positive som er gjort og det som oppleves som uunngåelig og utenfor egen kontroll («det var ingenting annet vi kunne gjort», «dette kunne ikke

forutses»). En slik holdning i en evaluering gir likevel sjelden viktig læring. I tillegg vil det på lengre sikt kunne bidra til maktesløshet hos ansatte. Gode, kritiske læringsprosesser er derfor også på sikt trygghetsskapende fordi de gir grunnlag for en åpen kultur der ledelse og ansatte opplever å kunne påvirke sine omgivelser positivt. Sivilombudet understreker samtidig at kunnskapsbaserte forebyggingstiltak nesten aldri vil ha en negativ kostnad for innsatte og ansatte, fordi de vil handle om styrking av menneskelige relasjoner, økt aktivisering og styrket samarbeid mellom fengselet og helsetjenestene.

Anbefaling: Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord

17. Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle innsatte kartlegges for selvmord- og selvskadingsrisiko, både ved innsettelse og underveis i fengselsoppholdet.
18. Fengselet bør sikre at innsatte som har forhøyet risiko for selvmord og selvskading blir møtt med kunnskapsbaserte forebyggingstiltak, som for eksempel økt menneskelig kontakt, omsorg og aktivisering.
19. Fengselet bør sikre systematisk evaluering av rutiner og iverksetting av forebyggende tiltak etter episoder med selvskading og selvmord.
20. Isolasjon bør ikke brukes for å forebygge selvskading, selvmordsforsøk og selvmord.

9 Innsattes helserettigheter

Rettslige krav og standarder

Myndighetene har en positiv forpliktelse etter EMK artikkel 3 til å beskytte innsattes helse og velferd.¹³⁰ Manglende eller mangelfull helsehjelp til personer som er fratatt friheten kan utgjøre brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹³¹

Innsattes rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester er slått fast i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.¹³² FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD) gir myndighetene en plikt til å sørge for at mennesker med nedsatt funksjonsevne får de helsetjenestene de trenger spesielt på grunn av sin nedsatte funksjonsevne, herunder tidlig utredning og tjenester for å begrense og forhindre ytterligere funksjonsnedsettelse.¹³³

De europeiske fengselsregler (reglene 39-48), FNs Mandelaregler (reglene 24-39 og 46) og CPT fastsetter en rekke standarder om organisering og gjennomføring av helsehjelp, samt helsepersonellens oppgaver på ulike stadier av frihetsberøvelsen. Disse standardene utfyller konvensjonsforpliktelsene og gir blant annet regler om helsekartlegging ved innkomst, faglig uavhengighet for helsetjenesten, oppfølging av isolerte innsatte samt plikt til å dokumentere og varsle om synlige skader hos innsatte og om helseskadelige soningsforhold.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til nødvendig helsehjelp både fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten.¹³⁴ Kommunen har plikt til å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.¹³⁵ Tjenestene skal tilrettelegges slik at den enkelte innsatte får et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, med tilstrekkelig fagkompetanse.¹³⁶

Regionale helseforetak skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen, inkludert innsatte, får tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.¹³⁷

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.¹³⁸ Kriminalomsorgen har plikt til å samarbeide med helse- og omsorgstjenestene for å sikre at innsatte får de tjenester som loven gir dem krav på.¹³⁹ Ansatte i kriminalomsorgen har plikt til å formidle kontakt med helsetjenesten dersom den innsatte ber om det, eller selv ta kontakt med helsetjenesten dersom det mistenkes at den innsatte er syk.¹⁴⁰

De innsattes rett til helsetjenester skal først og fremst sikres av helsepersonell. I et fengsel gis imidlertid helsetjenestene innenfor rammer som bestemmes av kriminalomsorgen, der pasienten i

¹³⁰ EMD *Kudla mot Polen*, klagenr. 30210/96, 26. oktober 2000, avsnitt 94; EMD *Paladi mot Moldova*, klagenr. 39806, 10. mars 2009, avsnitt 71.

¹³¹ F.eks. EMD *Wenerski mot Polen*, klagenr. 44369/02, 20. januar 2009, avsnitt 56-65.

¹³² FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ICESCR), artikkel 12.2.2; Mandelareglene, regel 24.1; De europeiske fengselsreglene, regel 40.3.

¹³³ FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), artikkel 25b.

¹³⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b, jf. prioritetsforskriften §§ 2 og 2a.

¹³⁵ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-9.

¹³⁶ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd a og d.

¹³⁷ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

¹³⁸ Tannhelsetjenesteloven § 1-1.

¹³⁹ Straffegjennomføringsloven § 4.

¹⁴⁰ Forskrift om straffegjennomføring § 3-16.

langt større grad enn utenfor fengsel, er avhengig av andre for å ivareta egen helse. Samarbeid og god ansvarsfordeling mellom helsepersonell og fengselets ledelse og ansatte er derfor viktig for å sikre forsvarlige helsetjenester. Dette omfatter kriminalomsorgen, den kommunale primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten under de regionale helseforetakene.

Kapittelet omfatter derfor funn og anbefalinger som gjelder både helsetjenestene og fengselet.

9.1 Organisering og samarbeid

Helseavdelingen besto av 4,6 årsverk fordelt på fire sykepleiere inkludert avdelingsleder, to leger og en fysioterapeut. Den ene legen og alle sykepleierne var kvinner, fysioterapeuten var mann, og de hadde ansatt en mannlig lege som skulle starte snart. Under besøket ble vi fortalt at den kvinnelige legen hadde vært stabilt til stede i mange år, mens den andre legestillingen hadde hatt hyppig utskifting over lengre tid. Helseavdelingen leide ikke inn vikarer ved fravær fordi de opplevde det vanskelig å sette midlertidige inn i de særlige forholdene i fengsel. Helseavdelingens ansatte fikk fast veiledning av kommunepsykolog.

Helseavdelingen var åpen mandag til fredag fra 08.00-15.30. Sykepleierne jobbet mandag til fredag, den ene legen jobbet halv dag mandag, den andre legen jobbet halv dag onsdag. Fysioterapeuten jobbet halv dag tirsdag og torsdag.

Bodø kommune hadde en «Rutinehåndbok» for helseavdelingen i Bodø fengsel.¹⁴¹ Den inneholdt rutiner for blant annet innkomstsamtale, håndtering av samtalelapp/helselapp fra innsatte, oppfølging og ivaretagelse av innsatte under 23 år, rutiner ved traumatiserende varetekt (definert som varetektsinnsatte i livskrise og varetektsinnsatte som er dømt for overgrep mot barn og besittelse av overgrepsmateriale som involverer barn), vurdering av selvmordsrisiko, rutiner ved selvskading, kvalitetssikring i pasientbehandling (isolasjon), rutiner ved bruk av tvangsvedtak, rutiner for medisinerings inkludert abstinenshåndtering og LAR-medisin (legemiddelassistert rehabilitering for opioidavhengighet).

Legevakten i Bodø hadde ansvar for nødvendig helsehjelp utenom vanlig arbeidstid og de ukedagene hvor legene i fengselet ikke var på jobb. I disse situasjonene rykket legevakten ofte ut til fengselet. Både helseavdelingen og fengselet opplevde at denne ordningen fungerte godt og medførte raskere og oftere helsehjelp utenom vanlig arbeidstid. Det var også ressursbesparende for fengselet ved at det ble færre fremstillinger.

Nordlandssykehuset var ansvarlig for polikliniske spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) i fengselet. Poliklinikken hadde to behandlerstillinger, henholdsvis en 40 prosent-stilling innen psykisk helsevern og en 20 prosent-stillingen innen TSB. På besøkstidspunktet var det en psykologspesialist i 40 prosent til stede torsdag og fredag, mens TSB-stillingen sto ubesatt.

9.1.1 Fysiske forhold

De ansatte opplevde gjennomgående helseavdelingens lokaler i fengselet som for små og til dels uegnede. Vår befarings bekreftet dette. Forholdene medførte at man ikke kunne ha flere pasientkonsultasjoner samtidig, og at det var mangel på rom for tverrfaglige møter,

¹⁴¹ Rutinehåndboken var datert 20.11.20.

telefonhenvendelser og journalføring. På bakgrunn av dette var det av og til behov for å låne kontor på legevakta. Kommunen hadde i flere år meldt behov for bedre lokaler til kriminalomsorgen. På besøkstidspunktet pågikk det en anbudsprosess for utvidelse av helseavdelingens lokaler. De små lokalene bidro til frustrasjon og bekymring blant innsatte som måtte vente lenger på konsultasjon.

9.1.2 Samarbeid i hverdagen

Mandag til fredag deltok sykepleier på fengselets faste morgenmøte. Vi ble fortalt at det var stor grad av åpenhet mellom partene, inkludert takhøyde for å være uenig og si ifra til hverandre.

Helseavdelingen hadde tatt initiativ til ukentlige møter med aktiviseringsteamet i fengselet, men blant annet kapasitetsproblemer i helseavdelingen gjorde at det ikke lenger var tid til møtene med aktiviseringsteamet (se kapittel 6.3.2 *Oppfølging av isolerte innsatte*).

Det var ingen faste møter mellom helseavdelingen og poliklinikken, eller mellom fengselet, helseavdelingen og poliklinikken i hverdagen. Vi ble fortalt at partene snakket sammen ved behov, og at det stort sett fungerte fint. Samtidig var det fra poliklinikkens side ønske om et mer strukturert samarbeid med både fengselet og med helseavdelingen. Poliklinikken pekte på at temaer som selvmordsproblematikk, selvskading, selvisolasjon og psykose kunne tas opp på slike fellesmøter, enten basert på samtykke fra innsatte eller på et generelt, tematisk nivå. Det var vanskelig å finne tidspunkt for fellesmøter mellom legene i helseavdelingen og poliklinikkens behandlere, blant annet på grunn av kliniske arbeidsoppgaver, men også fordi de jobbet ulike dager og fordi det var hyppig utskiftning av leger i helseavdelingen.

Vi ble fortalt at helseavdelingens ukentlige gruppetilbud om fysisk aktivitet for de innsatte ble gjennomført uten tilstedeværelse av fengselsansatte da fengselet ikke hadde bemanning nok. Helseavdelingen ønsket å ha høy terskel for å avlyse dette helsefremmende tilbudet, og påpekte at det fortløpende måtte vurderes ut fra sikkerhetsmessige forhold. Det gjaldt både sikkerheten for ansatte fra helseavdelingen og for de innsatte som deltok, og helseavdelingen ønsket at fengselet kunne prioritere fast tilstedeværelse for å sikre kontinuitet og forutsigbarhet for de innsatte (se kapittel 4.3 *Trygghet*).

Samlet fant vi behov for et mer strukturert samarbeid mellom fengsel, helseavdeling og poliklinikk, innen rammene av helsepersonells taushetsplikt. Et slikt samarbeid vil kunne øke partenes kjennskap til hverandres arbeidssituasjon og samtidig bidra til felles prosjekter og tiltak som vil kunne styrke det helsefremmende arbeidet overfor de innsatte. Behovet for dette er særlig stort når det gjelder innsatte som er isolert, innsatte som sliter med psykisk helse og innsatte som skader seg selv eller har selvmordsrisiko.

9.1.3 Samarbeidsmøter på ledelsesnivå

Det var et fast halvårlig samarbeidsmøte på ledernivå mellom kriminalomsorgen, kommunen og sykehuset. Vi fant ingen andre faste samarbeidsmøter mellom partene, utover det ukentlige samarbeidsmøtet mellom fengselet og helseavdelingen.

Dokumentgjennomgangen viste at helsetjenestene var bekymret for økt sykkelighet over tid blant de innsatte, at helsetjenestene ikke fikk utnyttet sin fulle kapasitet på grunn av manglende plass og uegnede lokaler, og at kveld og natt erfaringsmessig var særlig krevende tidspunkt for innsatte med psykiske problemer. Helseavdelingen fremhevet at selvskading, selvmordsforsøk og selvmord oftere

var gjennomført på kveld og natt enn på dagtid (se kapittel 8.3 *Evaluerings og læring etter selvmord*). Det kan være flere grunner til dette, blant annet var det ingen faste aktiviteter for de innsatte på kvelden, de var innelåst på egen celle fra klokken 19.30 til klokken 07.15 ukedager, og fra klokken 19 til klokken 08.30 i helgen (se kapittel 6.2 *Tid utenfor cellen*). Det er også færre ansatte på jobb i fengselet på kveld og natt, og det eneste helsetilbudet er legevakta. Dette medfører mange timer alene med vonde følelser og eventuelle tanker om å skade seg selv eller ta sitt eget liv. Vi fant lite dokumentasjon på at disse bekymringene var fulgt opp, verken av fengselet eller i samarbeid med helseavdelingen.

Både fengselet og helseavdelingen var fornøyd med sykehusets tjeneste innen psykisk helsevern (PHV) i fengselet. Den polikliniske tjenesten innen TSB hadde vært fraværende siden medio oktober 2023. Fengselet oppga at det fra sykehuset var forespeilet poliklinisk tjeneste TSB i fengselet med oppstart september 2024.

Fengselet og helsetjenesten savnet også et tettere samarbeid med sykehusets akuttpsykiatriske avdeling ved kortvarige innleggelser. De opplevde at det kunne være uklart hva sykehuset forventet ved utskrivelse tilbake til fengsel Videre ønsket fengselet veiledning fra poliklinikken/TSB både for generelt, for faglig påfyll, og for mulighet til å drøfte enkeltsaker dersom den innsatte (pasienten) samtykket til det.

Samlet fant vi at det var behov for faste samarbeidsmøter mellom de tre partene på lokalt nivå, inkludert samarbeid om helsefremmende tiltak for de innsatte, selvmordsforebygging og mulighet for veiledning og faglig påfyll for de ansatte.

Anbefalinger: Organisering og samarbeid

21. Fengselet bør sikre at helsetjenestene får egnede lokaler og nok plass, herunder sikre at helsetjenestenes kapasitet ikke blir forringet på grunn av lokalene.
22. Fengselet, kommunen og sykehuset bør sikre fast møtestruktur mellom partene på lokalt ledelsesnivå.
23. Fengselet, kommunen og sykehuset bør samarbeide om helsefremmende tiltak for de innsatte. Dette bør inkludere tiltak både for å forebygge og redusere helseskader, og tiltak for å forebygge selvmord og selvskading.

9.2 Helsekartlegging

Mandelareglene slår fast at innsatte skal få snakke med og bli undersøkt av helsepersonell så fort som mulig etter innsatt, og senere ved behov.¹⁴² CPT understreker at en slik helsekartlegging skal finne sted det første døgnet etter innsattelse.¹⁴³ Helsedirektoratet anbefaler også at en slik undersøkelse «gjennomføres i løpet av et døgn».¹⁴⁴

En helsekartlegging bør særlig identifisere behov for helsehjelp, funksjonsnivå, nødvendige oppfølgingstiltak og individuelle sårbarheter som selvskading- og selvmordsrisiko eller

¹⁴² Mandelareglene, regel 30 nr. 1.

¹⁴³ CPT (2019). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf 2019 (1), avsnitt 93.

¹⁴⁴ Helsedirektoratets veileder (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, kap. 3.1.1, s. 19.

abstinenssymptomer fra rusmiddelbruk. Helsekartleggingen bør også identifisere eventuelle skader innsatte har fått før ankomst i fengselet, som kan ha oppstått som følge av uforholdsmessig maktbruk i forbindelse med pågrepelse, transport eller opphold i politiarrest.¹⁴⁵ Helseavdelingen har et selvstendig ansvar for å kartlegge og vurdere selvmordsrisiko, både i innsamlingssamtale ved innsettelse og underveis i fengselsoppholdet.¹⁴⁶

9.2.1 Helsekartlegging innen 24 timer

Helseavdelingens rutiner fastslo at innsamlingssamtale med helsekartlegging «gjennomføres av sykepleier så snart som mulig etter innsettelse, helst innen et døgn». Det var en egen mal for innsamlingssamtalen som blant annet inneholdt spørsmål om fysisk og psykisk helse, om selvmordstanker og selvmordsforsøk, om rushistorikk, om den innsatte hadde blitt utsatt for vold av fra offentlige tjenestemenn, samt registrering av vitale mål (som blodtrykk, puls, vekt og høyde). Gjennomgang av dokumentasjon viste at det manglet dato for innsettelse i et klart flertall av de 20 sakene vi gjennomgikk.¹⁴⁷ Det var dermed ikke mulig å slå fast om helsekartleggingen skjedde i tråd med rutineene om samme dag eller innen 24 timer. I halvparten av innsamlingssnotatene manglet det også informasjon om den innsatte var i varetekt eller sonet dom.

Ifølge rutinen kunne fengselet kontakte legevakten i Bodø dersom det oppsto helsebehov utenom vanlig arbeidstid. Ut over dette beskrev ikke rutinen nærmere hvordan kommunen skulle sikre sitt ansvar for helsekartlegging ved innsettelser utenfor åpningstidene til helseavdelingen.

Vi fant noen tilfeller der en innsettelse hadde skjedd en torsdag eller fredag, mens innsamlingssnotatet var datert mandagen etter. Det sto ikke noe informasjon om kontakt med legevakt i mellomtiden. Sivilombudet har tidligere påpekt at helseundersøkelser ved innsettelse i slike tilfeller ikke bør vente til etter helgen, men bør gjennomføres av legevakt.¹⁴⁸

Innsamlingssnotatene var ofte korte og preget av malen helseavdelingen brukte, for eksempel «Selvmordstanker: ja», «Selvmordsforsøk: nei», «Rus: amfetamin, hasj». Av og til skrev sykepleieren noe mer i fritekst, for eksempel om pasienten virket sliten eller ruspreget med sløv tale og store pupiller, men ofte sto det ingenting i fritekst. Vi fant også at det ofte manglet informasjon om den innsatte var i varetekt eller på dom.

Det er kjent kunnskap at unge personer, særlig som førstegangssonere, opplever det å bli satt i fengsel som svært vanskelig. Kriminalomsorgen har derfor definert unge innsatte i alderen 18-24 år som en særlig sårbar gruppe. Dokumentgjennomgangen viste at helseavdelingens innsamlingssnotater på flere i denne gruppen ikke inneholdt noe om deres unge alder og mulig behov for ekstra støttesamtale eller tilbud om det, heller ikke der det var snakk om førstegangssonering. Dette gir en økt risiko for at unge innsatte ikke får alders- og situasjonstilpasset helseinformasjon og helseoppfølging.

Vi fant at det tidvis manglet registrering av vitale mål ved innsamling, også der det var indikasjon, som ved pågående abstinenssymptomer. Gjennomgang av dokumentasjon viste at det tidvis manglet

¹⁴⁵ Mandelareglene, regel 30 b) og De europeiske fengselsreglene, rule 42.3 c).

¹⁴⁶ Mandelareglene, rule 30 c) og De europeiske fengselsreglene, rule 42.3 bokstav b og e, og rule 47.2.

¹⁴⁷ Vi innhentet dokumentasjon om de siste ti helsekartleggingene for domfelte og tilsvarende for varetektsinnsatte.

¹⁴⁸ Sivilombudets rapporter fra besøk til Tromsø fengsel (2014), Kongsvinger fengsel (2015), Drammen fengsel (2016), Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt (2023).

informasjon om forhold som mengde rusmiddel, hyppighet av bruk og over hvor lang tid. Det kom ikke fram om manglende informasjon skyldtes at pasientene ikke var i stand til å svare konkret, eller ikke ønsket å svare. Dette ga bekymring for at rusmisbruk, -avhengighet og abstinensstilstander ikke fanges godt nok opp. Da rusmiddelbruk også er en kjent risikofaktor for selvmord, vil denne delen av en kartlegging kunne være spesielt viktig.¹⁴⁹

Helseavdelingen hadde ikke kamera for å dokumentere skader eller sår, dette skulle beskrives i journal hvis det var aktuelt. Helsepersonell vi snakket med ønsket tilgang til et kamera og muligheten til å kunne dokumentere skader og sår med bilde som kunne legges inn i journalen.

9.2.2 Kartlegging og oppfølging av selvmordsrisiko

Innkommstnotatene vi gikk gjennom hvor det var beskrevet stor bekymring for selvmord ga inntrykk av at sykepleier raskt kontaktet lege eller legevakt og fengselet. Det kom også fram at legevakt i flere tilfeller som gjaldt psykiske problemer, selvskading og høy selvmordsrisiko kom på sykebesøk i fengselet.

Kartleggingen av selvmordsrisiko ved innkomst var imidlertid mangelfull. Selv om mange innkomstnotater inneholdt kartlegging av selvskading og selvmordsrisiko, manglet det i flere. I noen av notatene hvor det var oppgitt «ja» på selvmordstanker manglet det nærmere utdyping i fritekst. Der det var identifisert selvmordsrisiko, men ikke akutt risiko, var det sjeldent beskrevet tiltak.

I notatene hvor det manglet kartlegging av selvskading og selvmordsrisiko var det ikke angitt årsak til at det manglet, for eksempel om pasienten ikke hadde villet eller kunnet svare. Vi fant flere tilfeller der det manglet kartlegging av selvskading og selvmordsrisiko hvor pasienten enten var ung (18-24 år), i uttalt dårlig psykisk form, hadde tydelige abstinenssymptomer eller hvor helseavdelingen i forkant av innsettelsen hadde fått informasjon om at vedkommende var i svært dårlig psykisk form. Vi fant tilsvarende mangler i helsekartleggingen av flere av de som hadde tatt sitt liv i perioden 2021-2023 (se kapittel 8.2 *Forebygging av selvmord*).

Ifølge fengselets redegjørelse til Sivilombudet fikk helseavdelingen rutinemessig kopier av alle kartleggingsskjema om selvmordsrisiko i sin posthylle. En gjennomgang av skriftlig dokumentasjon av de fem selvmordene i 2021 og 2023 viste at helseavdelingen i bare i ett av disse hadde gjennomført en risikokartlegging av selvmordsfare.

For en av de fem rakk ikke helseavdelingen å ta en inkomstsamtale før de gikk av for helgen, og det var ikke dokumentert eventuell kontakt med legevakt i mellomtiden. Vi fant et tilfelle av at helseavdelingen hadde mottatt et bekymringsvarsel, men ingen dokumentasjon på at helsepersonell etterfølgende oppsøkte vedkommende eller tilbød rask konsultasjon.

Av selvmordene i perioden 2021-2023 hadde kommunen kun meldt det siste selvmordet til Statens helsetilsyn, da kommunen ikke tidligere hadde vært kjent med meldeplikten til Helsetilsynet.¹⁵⁰ Vi merker oss at kommunen nå følger opp meldeplikten. Sivilombudet har også tidligere undersøkt

¹⁴⁹ Myhre, M Ø., Astrup, H og Walby, F.A. (2022). *Selv mord med illegale rusmidler etter kontakt med spesialisthelsetjenester for psykisk helse og rus Nasjonalt kartleggingssystem for selvmord i psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling*. Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging. Universitetet i Oslo.

¹⁵⁰ Lov om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten mv. § 6.

selvmord i norske fengsler og funnet at mange kommuner ikke melder om selvmord til Helsetilsynet.¹⁵¹

I etterkant av selvmordene ble hendelsesforløpene gjennomgått internt i helseavdelingen, men kun muntlig og uten skriftlig dokumentasjon. Helseavdelingen hadde meldt dødsfallene oppover i egen linje, og de ansatte fikk veiledning av kommunepsykologen. De hadde også uttrykt sin bekymring overfor fengselet, spesielt om økt risiko for selvskading, selvmordsforsøk og selvmord på kveld/natt (se kapittel 9.1.3 *Samarbeid på ledelsesnivå*). I lys av at flere av selvmordene skjedde kveld/natt/helg, er det viktig at både fengsel og kommune fremover ser på mulige forebyggings tiltak for fremtidige hendelser, både hver for seg og sammen.

Samlet var helsekartleggingen ved innkomst mangelfull på flere områder. Dette omfattet både at det ikke alltid ble foretatt helsekartlegging eller kartlegging av selvskading og selvmordsrisiko ved innsettelse, at innsattes unge alder ikke systematisk ble hensyntatt, samt at rus- og abstinenskartlegging var lite detaljert beskrevet. Rus-/abstinensproblematikk ble heller ikke systematisk inkludert som mulig risikofaktor i kartlegging av selvmordsrisiko. Funnene var særlig bekymringsfulle i lys av selvmordene i fengselet siden 2021, og fraværet av evalueringer av rutiner og forebyggende tiltak etter hendelser med selvskading og selvmord (se kapittel 8.3 *Evaluering og læring etter selvmord*).

Anbefalinger: Helsekartlegging

24. Kommunen bør sikre kartlegging og vurdering av helsebehov ved innkomst og senest innen 24 timer, også utenfor helseavdelingens åpningstid.
25. Kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko bør alltid gjøres ved innkomst, og underveis ved behov.
26. Kommunen bør sikre kartlegging og vurdering av rusproblematikk, inkludert abstinens tilstander og registrering av vitale mål.
27. Kommunen bør ha et kamera tilgjengelig slik at eventuelle skader på innsatte kan dokumenteres i journal.
28. Kommunen bør sikre at unge innsatte får alders- og situasjonstilpasset informasjon og oppfølging.

¹⁵¹ Sivilombudet (2023). Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel.

9.3 Kontakt med helsetjenesten (samtalelapper)

CPT har i sine helsestandarder for fengsler understreket betydningen av at innsatte kan kommunisere med helsepersonell på en fortrolig måte.¹⁵² Viktigheten av vern om helseopplysninger framgår også av Mandelareglene.¹⁵³

I et fengsel har de innsatte ikke tilgang til timebestilling gjennom helsenorge.no eller andre digitale løsninger. Ifølge helseavdelingens rutiner skulle de innsatte primært henvende seg via samtalelapp der de skulle skrive hva henvendelsen gjaldt. Lappene skulle legges i lukket konvolutt og overleveres helseavdelingen i morgenmøtet i hver avdeling. Skriftlig tilsvar fra helseavdelingen skulle skje i lukket konvolutt.

Under besøket ble vi fortalt at det ikke alltid ble brukt konvolutt. En slik praksis av ansatte i fengselet og ansatte i helseavdelingen sikrer ikke de innsattes rett til vern mot spredning av helseopplysninger.¹⁵⁴

Avhengig av helseavdelingens vurdering av hastegrad måtte pasienten regne med inntil 3-5 dagers ventetid ifølge helseavdelingens rutiner. Under besøket var det flere som opplevde at det kunne gå lang tid før de fikk svar etter å ha sendt samtalelapp, og at det kunne medføre både frustrasjon og økende bekymring for egen helsetilstand.

I dokumentgjennomgangen fant vi at helseavdelingen ofte hadde journalført innholdet i samtalelappene, samt notert tilsvar samme dag eller neste dag som lappen var skrevet. Men noen ganger var kun innholdet i samtalelappen notert uten noe informasjon om det var blitt gitt svar og hva svaret var. I en journal var det beskrevet innholdet i fem samtalelapper fra pasienten over flere sammenhengende dager. Samtalelappene uttrykte tydelig økende fortvilelse og bekymring fra vedkommende, uten at det var dokumentert svar eller direkte kontakt med pasienten. Dette er problematisk. Helseavdelingen syntes ofte å svare på samtalelappene innen rimelig tid og i henhold til egen rutine, men informasjon om forventet ventetid ble ikke alltid gitt til de innsatte.

I dokumentgjennomgangen kom det frem at det i mai 2023 var besluttet at det skulle monteres en låsbar postkasse i hver avdeling, slik at innsatte kunne levere henvendelser til helseavdelingen der, og at helseavdelingen skulle tømme disse hver dag. Det var imidlertid ingen slike postkasser på besøkstidspunktet.

Sivilombudet har i en rekke besøksrapporter pekt på uheldige sider ved et slikt lappesystem.¹⁵⁵ Etter ombudets syn er det behov for en ordning som sikrer at innsatte kan ta direkte kontakt med helseavdelingen, uten betjenter som mellomledd. Det bør også tilrettelegges for at innsatte med lese- og skrivevansker, synshemmede og innsatte som ikke forstår engelsk eller norsk kan komme i kontakt med helsetjenesten på egnet måte. Dette bør skje når helsepersonell går runder på

¹⁵² CPT (1993). Health Care Services in Prisons, avsnitt 34; CPT (2014). Besøk til Danmark 2014, CPT/Inf 2014 (25), s. 35, avsnitt 53.

¹⁵³ Mandelareglene, regel 32.1c.

¹⁵⁴ Pasient- og brukerrettighetsloven § 3-6, jf. også helsepersonelloven § 21.

¹⁵⁵ Sivilombudets rapporter fra besøk til Bergen fengsel (2014), Kongsvinger fengsel (2015) Ringerike fengsel (2015), Drammen fengsel (2016), Ullersmo fengsel (2017), Arendal fengsel (2018), Bergen fengsel (2018), Oslo fengsel (2018), Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt (2023) og Halden fengsel (2024).

avdelingene. På slike runder vil også helseavdelingen kunne gi skriftlige, og om nødvendig muntlige, svar på henvendelsene direkte til den aktuelle innsatte.

Sivilombudet har tatt opp behovet for føringer om trygge kommunikasjonsløsninger i nye nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.¹⁵⁶

Anbefaling: Kontakt med helsetjenesten

29. Kommunen og fengselet bør sammen sikre at innsatte kan henvende seg direkte til helseavdelingen uten at taushetsbelagt helseinformasjon blir tilgjengelig for uvedkommende.

9.4 Medisinhandling

Forsvarlig medisinhandling forutsetter at det er etablert et system som sikrer at riktig legemiddel gis til riktig pasient, i riktig dose, til riktig tid og på riktig måte.¹⁵⁷ Ifølge rutinene til kommunen skulle sykepleierne i helseavdelingen gi opplæring i medisinhandling, både teoretisk og praktisk, til de ansatte i fengselet. Medisinutdelingen ble utført av fengselsansatte som henholdsvis praktisk bistand eller helsehjelp (ved utdeling av LAR-medisiner).¹⁵⁸

Ifølge helseavdelingens rutiner skulle sykepleier legge medisindosettene og levere disse til fengselet. Medisindosettene skulle oppbevares i låsbar medisintralle på vaktrommene i fengselet. Dersom den innsatte ikke ønsket medikamentet, skulle medikamentet ligge igjen i dosetten. Det skulle kvitteres for all medisin på eget skjema per pasient, og ved feilmedisinering skulle helseavdelingen kontaktes umiddelbart, eventuelt legevakt hvis helseavdelingen ikke var åpen. Fengselet rapporterte selv at det var noe medisinsvinn, men ikke alltid hva svinnet skyldtes. En kvitteringsordning der betjentene som delte ut skulle signere, var en stund var avvirket, men var innført igjen under vårt besøk.

Helseavdelingen opplyste at fengselet stort sett rapporterte avvik ved utdeling av feil medisin, men at de opplevde et dilemma når fengselet kontaktet dem for å få mer medisiner på grunn av svinn. Hvis helseavdelingen avsto forespørselen fordi fengselet ikke kunne forklare årsaken til svinnet, eller var usikre på om de faktisk hadde delt ut medisin til en innsatt, kunne det medføre at en innsatt ikke fikk medisinen han sto på. Dilemmaet gjaldt spesielt A og B-preparater (vanedannende medisiner) som helseavdelingen skal føre nøye regnskap og kontroll med.¹⁵⁹

Fengselsansatte formidlet at innsatte som byttet eller truet til seg medisiner fra andre innsatte var en utfordring, og at det tidvis var en del rusproblematikk i fengselet som kunne forårsake krevende situasjoner. Helseavdelingen fortalte at de var kjent med at det var en del rus i fengselet, men ikke alle opplevde at det var et stort problem. De formidlet at det var vanskelig å vite omfanget av

¹⁵⁶ Sivilombudet, Høringssvar – Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, 28. juni 2023.

¹⁵⁷ Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (legemiddelhandlingsforskriften), § 7 første ledd. Se også Dignity - Danish Institute Against Torture, Monitoring Health in Places of Detention, kap. 3.12, oktober 2021.

¹⁵⁸ Helsedirektoratets veileder (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, kap. 3.2.2, side 24-25, og kap. 3.9, side 35-36.

¹⁵⁹ Forskrift 3. april 2008 nr. 320 om legemiddelhandling for virksomheter og helsepersonell som yter helsehjelp (legemiddelhandlingsforskriften), § 4 sjette ledd, bokstav d.

medinnsatte som truet til seg andres medisiner, salg av medisiner mellom innsatte, eller annen rusmiddelbruk som ikke gjaldt foreskrevne medisiner. Det var ikke gitt at innsatte fortalte åpent om rusbruk da det kunne medføre negative konsekvenser for dem, blant annet fordi rusbruk ikke er forenlig med samtidig medikamentell behandling for ADHD. Innsatte som opplevde press fra andre innsatte om eksempelvis LAR-medisin ønsket ikke å ikke navngi andre innsatte. I tillegg kom medisinsvinnet som fengselet selv fortalte om, og usikkerhet om årsakene til dette svinnet.

Under besøket observerte vi at medisindosetter lå åpent tilgjengelig på vaktrommene. Åpen og lett tilgang til medisiner, usignerte skjema for medisinutdeling, kombinert med mange ansatte som til enhver tid har tilgang til vaktrommene, øker risikoen for at medisiner kommer på avveie. Det gjør det samtidig veldig vanskelig å avdekke hvordan medisiner er kommet bort, hvordan medisinutdelingen i det enkelte tilfellet ble gjennomført og hvem som var involvert.

Samlet sett fant vi en klar risiko for uforsvarlig medisinhandling.

Anbefaling: Medisinhandling

30. Fengselet og kommunen bør sammen sikre systemer for forsvarlig medisinhandling.

9.5 Kontinuitet i helseoppfølging

Kontinuitet i helseoppfølgingen har stor betydning for innsattes helse, særlig for personer med kjent sykdom og/eller sammensatte helseutfordringer som gir behov for regelmessig eller tett helseoppfølging. Manglende kontinuitet kan gi alvorlige konsekvenser, blant annet forverring av sykdomstilstand, unødvendige lidelser, og i verste fall dødsfall. Slike former for svikt kan også medføre brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹⁶⁰ Betydningen av kontinuitet i behandlingen er også anerkjent i Mandelareglene.¹⁶¹

Overgangssituasjoner som innsettelse i fengsel, overføring mellom fengsler og løslatelse gir særlig risiko for svikt. Manglende koordinering mellom fengsel og helseavdeling, mellom helseavdelingene i de ulike fengslene og mellom helseavdeling og helseinstanser utenfor fengselet, kan føre til avbrudd i pågående utredning eller behandling, dersom det ikke er etablert gode nok rutiner. Slike rutiner må også omfatte samtykke fra pasienten for overføring av nødvendig helseinformasjon.

Ved dokumentgjennomgang fant vi noen tilfeller hvor innsatte hadde kortvarige innleggelser ved akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset, og hvor det kom frem at både fengsel og helseavdeling savnet tydeligere informasjon fra sykehuset om videre oppfølging ved tilbakekomst i fengsel (se kapittel 9.1.3 *Samarbeidsmøter på ledelsesnivå*).

Når en innsatt underveis i fengselsoppholdet skal ut av fengselet, for eksempel til en legetime, skjer dette normalt i form av en fremstilling hvor den innsatte følges av ansatte. Hvis den innsatte soner en dom er det kriminalomsorgen som har ansvaret for å fremstille den innsatte.¹⁶² Hvis den innsatte

¹⁶⁰ Se f.eks. EMD, Kolesnikovich mot Russland, 22. mars 2016, klagenr. 44694/13, avsnitt 72–81.

¹⁶¹ Rule 24.2.

¹⁶² Straffegjennomføringsloven § 34.

sitter i varetekt er det politiet som har ansvar for fremstilling.¹⁶³ CPT understreker at innsatte som har behov for innleggelse eller undersøkelse på sykehus eller annen spesialistinstitusjon, bør transporteres dit raskt og på en slik måte som helsetilstanden krever.¹⁶⁴

Det kom fram at fremstillinger til helsetjenester kunne bli avlyst på kort varsel på grunn av manglende kapasitet hos fengselet. Hverken fengsel eller helseavdeling førte imidlertid oversikt over avlyste eller utsatte fremstillinger. Mangelen på system for å registrere avlyste og utsatte fremstillinger og hvor lang tid det tar før ny fremstilling ble gjennomført, øker risikoen for at alvorlig sykdomstilstand ikke fanges opp i tide. Det kan også føre til frustrasjon og bekymring hos den enkelte innsatte og for helseavdelingen som skal sørge for ny time.¹⁶⁵ Det er et felles ansvar mellom fengselet og helseavdelingen å sikre avviksføring og oppfølging av avlyste og utsatte helsefremstillinger.

Anbefaling: Kontinuitet i helseoppfølging

31. Fengselet og kommunen bør hver for seg holde oversikt over avlyste og utsatte fremstillinger til helsetjenester, og sammen jobbe for at de innsatte får nødvendig helseoppfølging.

9.6 Bruk av tolk hos helseavdelingen

Offentlige organer skal bruke tolk når det er nødvendig for å yte forsvarlig hjelp, og i vurderingen skal blant annet sakens alvorlighet og karakter vektlegges.¹⁶⁶ I helsesaker kan misforståelser mellom helsepersonell og pasient føre til fare for liv og helse, for eksempel ved at alvorlig sykdom eller selvmordsrisiko ikke fanges raskt nok opp. Bruk av tolk må derfor være en integrert del av tjenestene i helsetjenesten i fengsel.

En oversikt fra helseavdelingen for perioden mars 2022 til mai 2023 viste til sammen ti tolkeoppdrag å en klokke, fordelt på fire innsatte.

Vi ble fortalt av helseavdelingen at de brukte telefontolk ved behov, inkludert innkomstsamtaler, og at fengselsansatte av og til ble inkludert i samtalen hvis det var tid til overs. Helseavdelingen hadde inntrykk av at fengselet ikke brukte tolk i særlig grad.

Det er positivt at helseavdelingen bruker tolk og fører oversikt over bruken. Det er også positivt at de legger til rette for at fengselet kan bruke den delen av tolketiden som helseavdelingen ikke selv har behov for. Fengselet har likevel et selvstendig ansvar for å bruke tolk i situasjoner der dette er

¹⁶³ Politiinstruksen § 11-1.

¹⁶⁴ CPT, Health Care Services in Prisons, 1993, CPT/Inf(93)12-part, avsnitt 37: "Whenever prisoners need to be hospitalised or examined by a specialist in a hospital, they should be transported with the promptness and in the manner required by their state of health".

¹⁶⁵ Ervik, K. J. S., Mølmen, R., Bjørneboe-Øhm, M. T. (2023). Spriket mellom lovfestede helserettigheter og praksis. Kritisk Juss, 49 (1-2), 14-19.

¹⁶⁶ Tolkeloven § 6 første ledd: «Offentlige organer skal bruke tolk når det følger av lov. I tilfeller der plikt til å bruke tolk ikke er regulert i annen lov, skal offentlige organer bruke tolk når det er nødvendig for å ivareta hensynet til rettssikkerhet eller for å yte forsvarlig hjelp og tjeneste. I vurderingen av om bruk av tolk er nødvendig, skal det blant annet legges vekt på om samtalepartene kan kommunisere forsvarlig uten tolk, og på sakens alvorlighet og karakter.»

nødvendig for å sikre kommunikasjonen mellom fengselet og innsatte (se kapittel 4.4 *Kommunikasjon og manglende bruk av tolk*).

9.7 Helseoppfølging av isolerte innsatte

Innsatte som er isolerte er i en særlig sårbar situasjon som krever grundig og uavhengig oppfølging av helsetjenesten.¹⁶⁷ Dette skyldes både de skadevirkningene isolasjonen kan medføre, og at den innsatte er fratatt mulighet til direkte kommunikasjon med helsetjenesten. Noen innsatte er på grunn av helsetilstanden ikke selv i stand til å be om hjelp. Helsetjenesten har derfor en avgjørende rolle overfor disse personene. I tillegg til å ivareta helsen til den innsatte, har helsetjenestens oppsøkende virksomhet også en preventiv funksjon.¹⁶⁸ Tilsyn og tilstedeværelse fra helsepersonell kan bidra til å redusere mulighetene for at innsatte utsettes for integritetskrenkelser.

Mangelfullt tilsyn og medisinsk oppfølging av isolerte innsattes helsetilstand kan føre til krenkelse av forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹⁶⁹ Det må derfor sikres jevnlig overvåking av isolerte innsattes fysiske og psykiske helsetilstand av helsepersonell i fengselet.¹⁷⁰

Helsepersonell skal tilse isolerte allerede ved plassering i isolasjon og deretter daglig, og skal gi rask medisinsk hjelp og behandling.¹⁷¹ 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.¹⁷² 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.¹⁷³ 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.¹⁷⁴

For at helsepersonell skal kunne følge opp isolerte, er de avhengige av å bli varslet av kriminalomsorgen om innsatte som er isolert eller utelukket. Etter straffegjennomføringsloven skal en lege varsles uten ugrunnet opphold når en innsatt utelukkes fra fellesskap.¹⁷⁵ Ved plassering på sikkerhetscelle eller i belteseng skal lege varsles snarest.¹⁷⁶ Under besøket fikk vi opplyst at fengselet varslet helseavdelingen i deres åpningstider, og at legevakten ble varslet utenfor helseavdelingens åpningstider.

¹⁶⁷ Sivilombudet, Særskilt melding til stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler. Dokument 4:3 (2018/19), side 73.

¹⁶⁸ CPT, Health care services in prisons, 1993, CPT/Inf (1993) 12, avsnitt 30.

¹⁶⁹ EMDs dom Keenan mot Storbritannia, 4. mars 2001 avsnitt 109–116. Se også Khider mot Frankrike, 9. juli 2007 avsnitt 119–122; Rohde mot Danmark, 21. juli 2005 avsnitt 99; Riviere mot Frankrike, 25. juli 2013 avsnitt 63, Renolde mot Frankrike, 16. oktober 2008, avsnitt 120.

¹⁷⁰ EMD, Babar Ahmad og andre mot Storbritannia, 10. april 2012 avsnitt 212. Se også FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 5. august 2011, A/66/268, avsnitt 100.

¹⁷¹ Mandelareglene, regel 46 nr. 1. Se også De europeiske fengselsreglene, regel 43.2–43.3.

¹⁷² Mandelareglene, regel 46 nr. 2.

¹⁷³ Mandelareglene, regel 46 nr. 3.

¹⁷⁴ FNs spesialrapportør mot tortur, 2011, A/66/268, avsnitt 101.

¹⁷⁵ Straffegjennomføringsloven § 37 syvende ledd.

¹⁷⁶ Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 38.7.

Nasjonal helselovgivning gir per i dag ingen direkte regulering av helsetjenestens oppfølging av isolerte innsatte. Helse- og omsorgsdepartementet har likevel lagt til grunn at en plikt til daglig oppfølging av denne gruppen følger av den generelle plikten til å yte faglig forsvarlig helsehjelp.¹⁷⁷

9.7.1 Manglende tilsyn og oppfølging av isolerte innsatte

Helseavdelingens interne rutiner fastslo at «Alle innsatte som isoleres etter § 37 eller utelukkes fra fellesskapet av andre grunner, skal tilses av helse daglig». Ved bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng skulle den innsatte «så fremst mulig ha tilsyn av helsepersonell minst en gang om dagen». Rutinen beskrev ikke hvordan dette skulle sikres utenom helseavdelingens åpningstid.

Ved dokumentgjennomgang av utelukkelse og plasseringer på sikkerhetscelle kom det fram at fengselet som hovedregel varslet helseavdelingen eller kontaktet legevakten ved iverksettelse av et vedtak. Vi fant imidlertid ett tilfelle der en innsatt var blitt satt på sikkerhetscelle uten at fengselet hadde varslet legevakten da innsettelsen skjedde, eller helseavdelingen påfølgende dag (se kapittel 7.1.3 *Oppfølging på sikkerhetscelle*).

Av fengselets protokoller fra sikkerhetscelleopphold og KOMPIS-journaler fremgikk det at innsatte i flere tilfeller ikke hadde fått legetilsyn innen 24 timer, og at innsatte ba om tilsyn fra helsepersonell uten å få det. Det forekom også at det ikke var daglig helsetilsyn ved sikkerhetscelleopphold over flere dager. Dette skjedde også i situasjoner der fengselsansatte gjorde bekymringsfulle observasjoner av innsatte psykiske helse.

I noen tilfeller der helseavdelingen eller legevakten hadde fått informasjon fra fengselet om plassering på sikkerhetscelle, manglet det dokumentasjon av at helsepersonell hadde vært på daglig tilsyn. Det var heller ikke tydelig dokumentert kartlegging og vurdering av eventuelle negative helseeffekter av bruk av sikkerhetscelle når det ble gjort tilsyn. I ett tilfelle var det skrevet et oppsummeringsnotat ti dager etter at den innsatte kom ut av sikkerhetscellen. Notatet beskrev en tydelig negativ helseutvikling over tid, inkludert bruk av sikkerhetscelle, men uten at det kom frem om sikkerhetscelleoppholdet kunne ha medvirket til den negative helseutviklingen.

I dokumentgjennomgangen kom det frem tre tilfeller av manglende daglig tilsyn av innsatte som var fullt isolert etter beslutning av retten. I ett av tilfellene var det ikke blitt gjort en helsekartlegging av den innsatte på full isolasjon før etter fire dager. I det andre tilfellet der det manglet daglig tilsyn hadde innkomstsamtalen avdekket rusproblematikk og tidligere overdose, og i det tredje tilfellet var det ikke gjort en kartlegging av selvskading og selvmordsrisiko ved innkomst. Sistnevnte var i tillegg en ung innsatt, det vil si mellom 18 og 24 år. Det var heller ikke dokumentert mulige årsaker til hvorfor de tre innsatte ikke fikk daglig helseoppfølging mens de var underlagt full isolasjon. Disse funnene ga grunn for sterk bekymring om ivaretagelsen av innsatte på full isolasjon.

Manglende tilsyn kan gjøre at en negativ helseutvikling ikke blir oppdaget og raskt nok tatt tak i, mens manglende journalføring av tilsyn vil gjøre det vanskelig å etterprøve hva som har skjedd eller blitt gjort. Disse manglene medførte en risiko for pasientsikkerheten og skapte usikkerhet om de som skulle ha daglig tilsyn av helsepersonell faktisk fikk det.

¹⁷⁷ Helsepersonelloven § 4. Se også Justis- og beredskapsdepartementets høringsnotat 2. februar 2023, Forslag til endringer i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel).

Anbefalinger: Helseoppfølging av isolerte innsatte

32. Kommunen bør sikre daglig tilsyn og oppfølging av innsatte som er isolerte, uavhengig av om det er vedtak fattet av fengselet, full isolasjon av retten eller selvisolasjon.
33. Kommunen bør sikre en systematisk og helhetlig oversikt over innsatte som er isolerte, inkludert årsak til isolasjonen, hvor lenge isolasjonen varer, eventuelle negative helseeffekter, og når helsepersonell har gjennomført tilsyn herunder både helseavdeling og legevakt.

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
Epost: postmottak@sivilombudet.no
www.sivilombudet.no

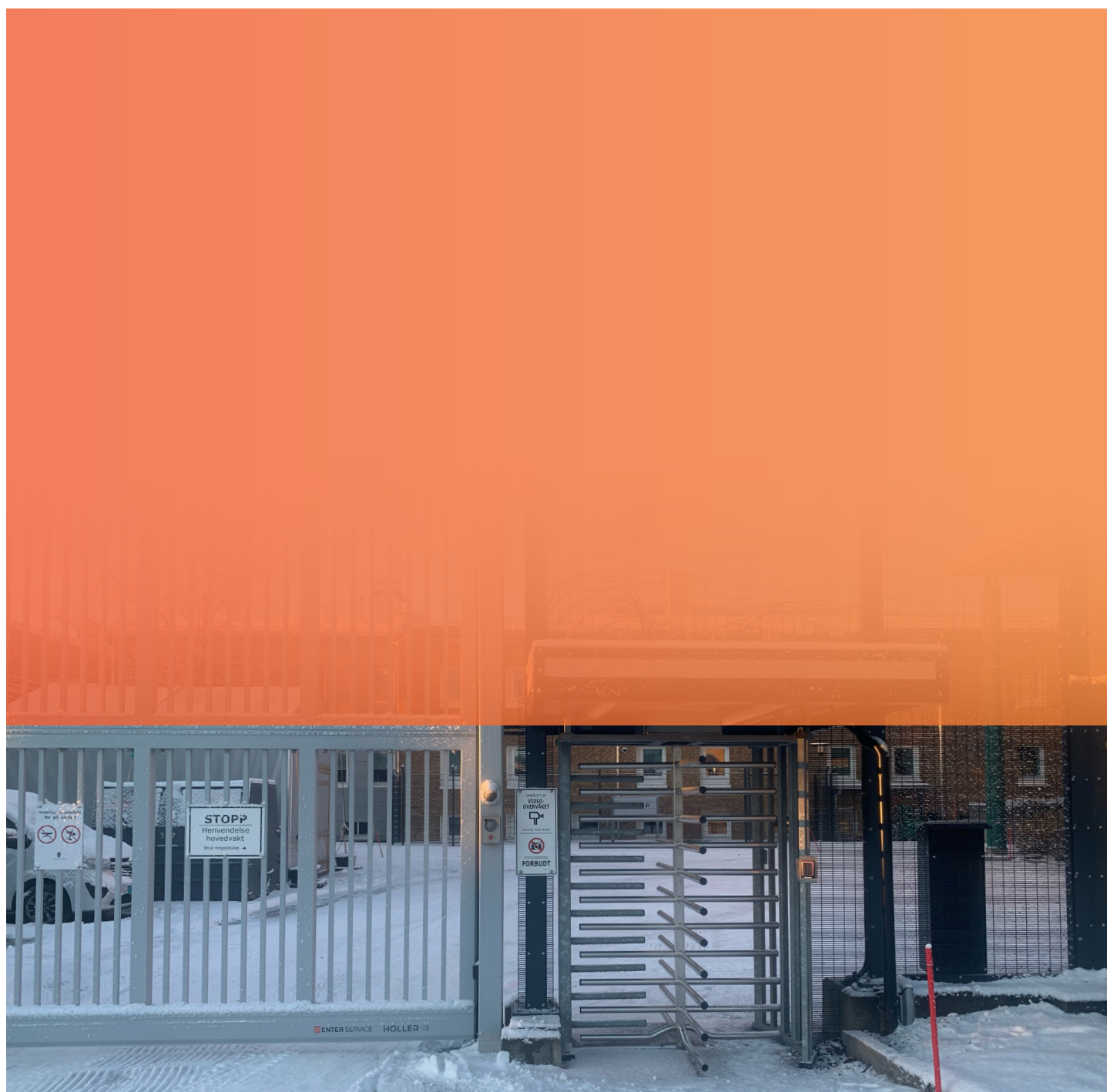


Foto: Sivilombudet