



SIVILOMBUDET

HELSETJENESTER
TIL INNSATTE I FENGSEL



SIVILOMBUDETS FOREBYGGINGSENHET har som oppgave å forebygge at mennesker som er fratatt friheten utsettes for tortur og annen umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff. Som en del av dette arbeidet besøker vi fengsler for å undersøke om kriminalomsorgen og helsetjenestene oppfyller menneskerettslige forpliktelser.



Innhold

Sammendrag	5
Anbefalinger	7
1. Innledning	8
2. Om rapporten	9
3. Innsattes rett til helsetjenester og forbudet mot umenneskelig behandling	10
1. Innsatte i fengsel er sykere enn befolkningen ellers	10
2. Frihetsberøvelse begrenser muligheten til å ivareta egen helse	11
3. Omfattende isolasjon i fengslene	11
4. Sentrale funn fra besøk 2023–2025	12
4.1 Kartlegging av innsattes helsebehov	12
Funn 1: Forsinket eller manglende helsekartlegging	12
Funn 2: Helsekartleggingene gir ikke nok informasjon til å følge opp innsattes helse	13
Funn 3: Kartlegging av selvmordsrisiko blir ikke gjennomført systematisk	13
Funn 4: Helseavdelingene bruker for lite tolk i samtaler med innsatte	14
4.2 Oppfølging av innsattes helse under fengselsoppholdet	14
Funn 5: Det er vanskelig for innsatte å få fortrolig kontakt med helsetjenesten	14
Funn 6: Mangelfull oppfølging av innsatte med omfattende helseutfordringer eller selvmordsrisiko	15
Funn 7: Avlyste fremstillinger fører til avbrudd i behandlingen	16
Funn 8: Løslatelse og flytting mellom fengsler kan gi svikt i helseoppfølgingen	16
4.3 Helseoppfølging av isolerte	17
Funn 9: Mangelfullt tilsyn med isolerte innsatte	19
Funn 10: Svakheter i gjennomføringen av tilsyn med isolerte innsatte	21
Funn 11: Sviktende journalføring av tilsyn	22
4.4 Rollebevissthet og uavhengighet	22
Funn 12: Når helsepersonell ikke melder fra	22
Funn 13: Helsepersonell risikerer å godkjenne fengselets tvangsbruk	23
Funn 14: Manglende dokumentasjon av skader som følge av uforholdsmessig maktbruk	23
4.5 Organisatoriske forhold som påvirker innsattes helsebehov	24
Funn 16: Mangler i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen	24
5. Tre hovedutfordringer for helsetjenestene til innsatte	26
1. For lav kunnskap om innsattes helseproblemer og forholdene i fengsel	26
2. Helsetjenesten er ikke bemannet til å sikre de innsattes helserettigheter	26
3. For svakt samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten	26

Sammendrag

Denne rapporten omhandler Sivilombudets funn om helsetjenestene i 15 fengsler i perioden 2023–2025. Våre undersøkelser viser gjentatte og alvorlige mangler i helsehjelpen til innsatte. Dette omfatter manglende kartlegging av innsattes helsebehov, forsinkelser og avbrudd i behandling, manglende tilgjengelighet og manglende mulighet til å kommunisere fortrolig med helsetjenesten.

Et av de alvorlige funnene er at identifisering og oppfølging av selvmordsrisiko i mange fengsler ikke gjøres systematisk og at det mangler gode systemer for å iverksette kunnskapsbaserte tiltak for å forebygge selvmord. Det er manglende oppmerksomhet om, og lite systematisk arbeid med, kjente sårbarheter hos innsatte i fengsel.

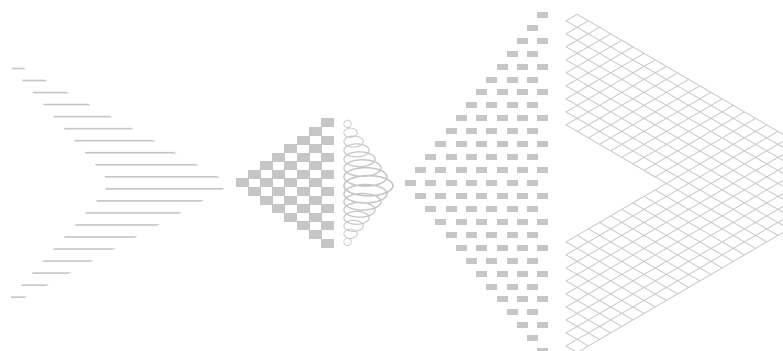
Innsatte som er isolert, får ikke alltid daglig tilsyn av helsepersonell. Dette er alvorlig. Sivilombudet har senest i 2025 varslet Stortinget i en særskilt melding¹ om at bruken av innlåsing og faktisk isolasjon i norske fengsler innebærer en risiko for krenkelse av menneskerettighetenes forbud mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Helsetjenestene er i mange tilfeller ikke klar over omfanget av innlåsing i fengslene, og dette svekker helsetjenestenes oppfølging av forhold som kan gi isolasjonsskader.

I nesten alle fengslene var det klare mangler i helsepersonellens tilsyn med isolerte innsatte. Flere steder manglet helsetjenestene kunnskap om de helsemessige konsekvensene av isolasjon. Særlig er vi bekymret for manglende tilsyn med innsatte som sitter på sikkerhetscelle. Bruk av sikkerhetscelle er den mest helse-skadelige formen for isolasjon. I tillegg kan tvangsbruk under plassering i en sikkerhetscelle resultere i skader som ikke fanges opp, når det ikke blir ført tilsyn med innsatte fra helsepersonell. Et annet alvorlig funn var at helsetjenestene i flere fengsler ikke gjennomførte daglige tilsyn med innsatte som er besluttet isolert under varetekt.

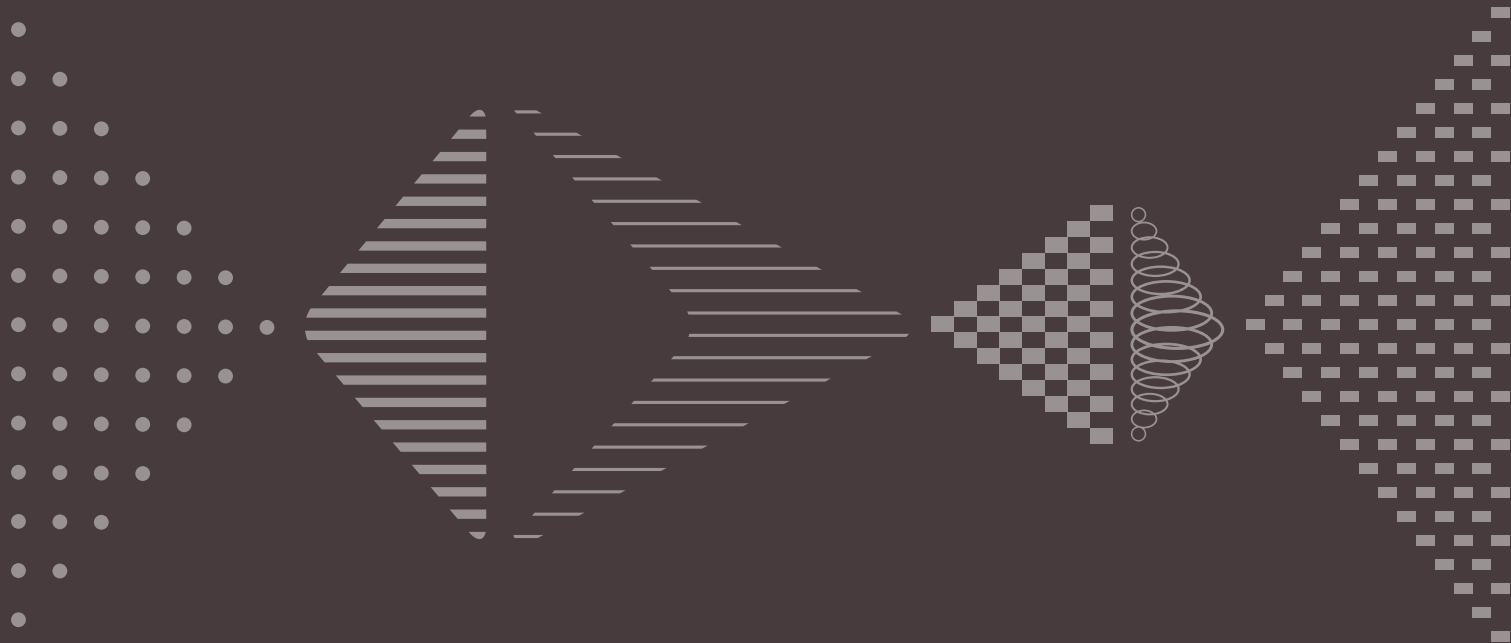
Samlet fører manglene til at viktig informasjon om innsattes helse ikke fanges opp. Det medfører risiko for at innsatte ikke får den helsehjelpen de har krav på og at helsen deres forverres. Sivilombudet vurderer at disse funnene kan innebære at innsattes rett til liv og helse krenkes.

Innsattes behov for helseoppfølging skiller seg fra behovene i befolkningen for øvrig. Høyere sykелighet blant innsatte, begrenset selvbestemmelse og isolasjon gir staten et særlig ansvar, og stiller helt spesielle krav til helsetjenestene i fengsel.

Funnene vi beskriver i denne rapporten, henger sammen med tre overordnede utfordringer: 1) For lav kunnskap om innsattes helseproblemer og forholdene i fengsel, og hva disse innebærer for helsetjenestene; 2) Helsetjenestene er ikke bemannet til å sikre de innsattes helserettigheter og 3) For svakt samarbeid mellom kriminalomsorgen og primær- og spesialisthelsetjenestene.



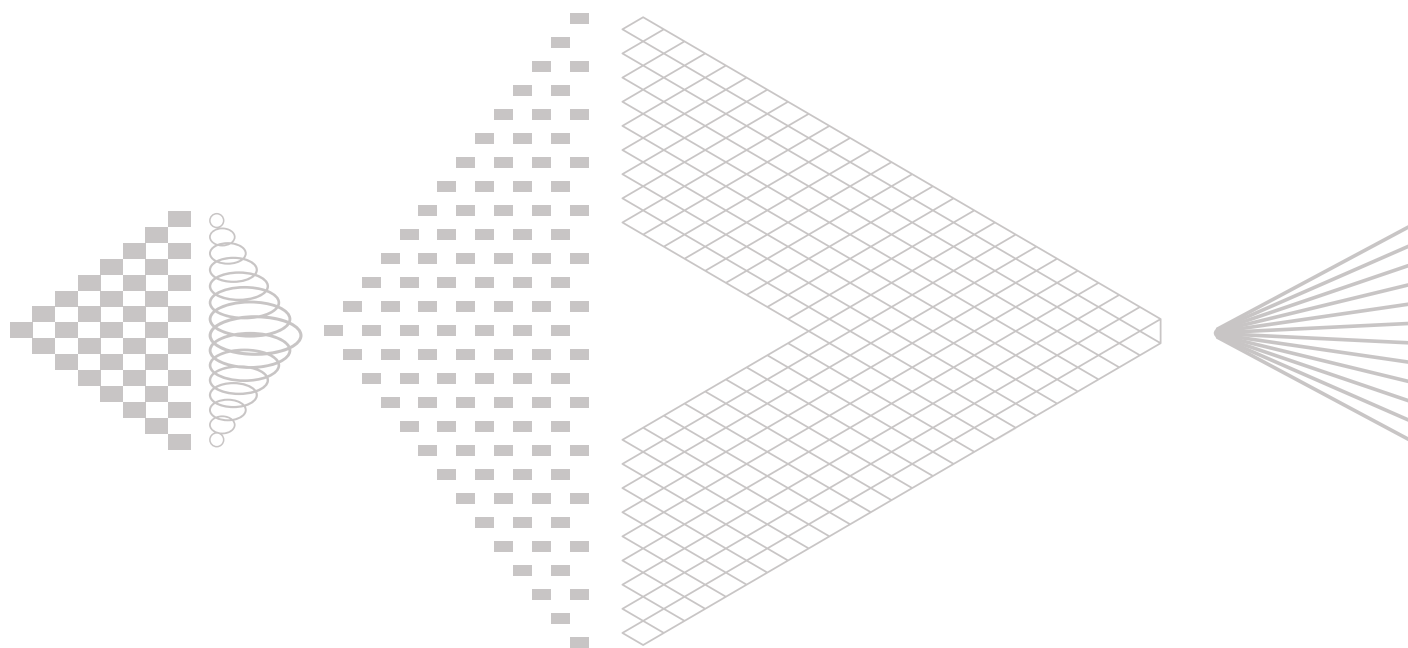
¹ Sivilombudet (2025). Særskilt melding til Stortinget om innlåsing og faktisk isolasjon i fengslene. Dokument 4:1 (2024/25).



Anbefalinger

Basert på våre funn anbefaler Sivilombudet:

- 1) at helsemyndighetene sikrer at helsetjenestene i fengsel oppfyller internasjonale standarder for helsetjenester i fengsel, og de særlige helsebehovene innsatte har.
- 2) at helsemyndighetene iverksetter tiltak for å sikre at kompetansen om å gi helsehjelp til frihetsberøvede er høy hos helsepersonell som yter helsehjelp til innsatte i fengsel. Dette omfatter også plikten til å varsle fengselets ledelse og tilsynsmyndighetene om forhold som er av betydning for pasientenes sikkerhet.
- 3) at helsemyndighetene og kriminalomsorgen iverksetter tiltak som sikrer effektiv samhandling mellom kommunale helse- og omsorgstjenester, spesialisthelsetjenestene og kriminalomsorgen.
- 4) at helsemyndighetene sikrer at alle innsatte som er isolert, får daglig tilsyn fra helsepersonell, også i helg og på helligdager.
- 5) at helsemyndighetene sikrer at skader som følger av isolasjon, reell innlåsing og selv-isolering, følges opp.

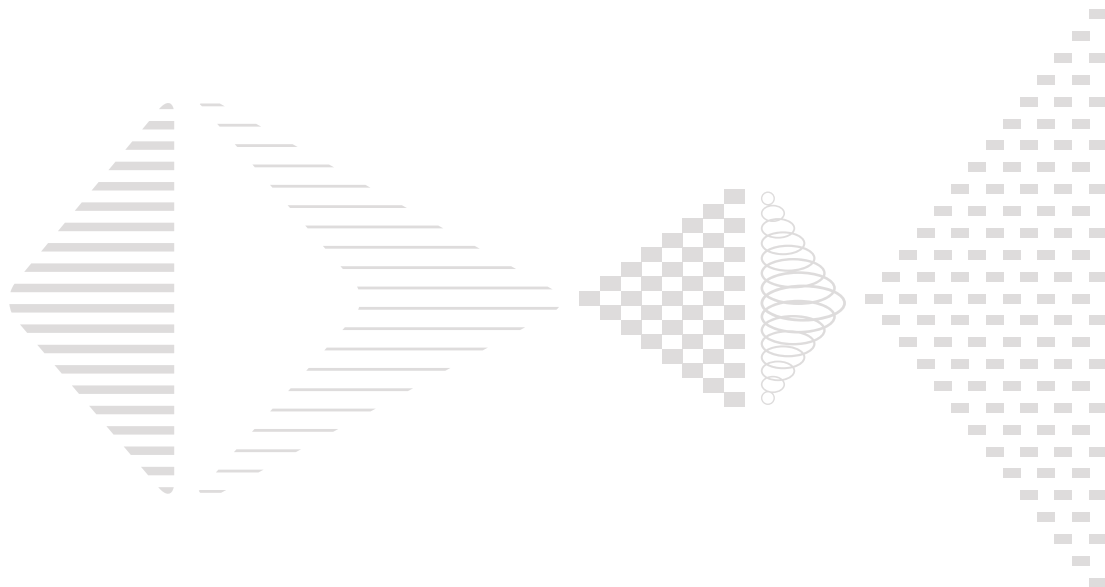


1. Innledning

Norske myndigheter har en menneskerettslig plikt til å ivareta innsattes liv og helse under fengselsoppholdet.² Dette omfatter også å forebygge, undersøke og behandle helseskader som følge av forhold i fengsel. Når innsatte ikke får tilstrekkelig medisinsk tilsyn eller helsehjelp, kan det medføre brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling. I verste fall kan svikt i helsehjelpen krenke retten til liv.³

I norske fengsler er helsetjenestene til de innsatte organisert etter den såkalte «importmodellen». Det betyr at det er helsemyndighetene som er ansvarlige for

helse- og omsorgstjenestene i fengsel.⁴ Dette skal sikre at innsatte har tilgang til helse- og omsorgstjenester på lik linje med andre, og sikre helsepersonell i fengsel en fri og uavhengig rolle overfor kriminalomsorgen.⁵ Denne organiseringen av helsetjenestene til de innsatte er i tråd med internasjonale minstestandarder.⁶ FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandelareglene) presiserer at forholdet mellom innsatte og helsepersonell skal være underlagt de samme etiske og profesjonelle standardene som gjelder utenfor fengsel.⁷



- 2 EMD *Kudła mot Polen*, klagenr. 30210/96, 26. oktober 2000, avsnitt 92–94; *Idalov mot Russland*, klagenr. 5826/03, 22. mai 2012, avsnitt 93; *Muršić mot Kroatia*, 7334/13, 20. oktober 2016, avsnitt 99; *Haugen mot Norge*, klagenr. 59476/21, 15. oktober 2024. Se også FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, artikkel 12; FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandelareglene) (2015). Se annex til GA Res 70/175, regel 24 og De europeiske fengselsreglene (2020). Rec(2006). 2-rev, regel 39.
- 3 Den europeiske menneskerettskonvensjonen (EMK), artikkel 2. Se EMD *Haugen mot Norge*, klagenr. 59476/21, 15. oktober 2024.
- 4 Kommuner med fengsel har et lovhjemlet ansvar for helse- og omsorgstjenester til innsatte, Lov 24. juni 2011 nr. 74 om kommunale helse- og omsorgstjenester (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-9. Fylkeskommunen har ansvaret for tilbud om tannhelsetjeneste. De regionale helseforetakene har ansvar for spesialisthelsetjenester til innsatte i fengsel, jf. hhv. Lov 03. juni 1983 nr. 73 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3 og Lov 02. juli 1999 nr. 74 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a.
- 5 Helsedirektoratet (2013). Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, s. 12; Helsedirektoratet 2025. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Veileder til lov og forskrift. Først publisert 22. september 2025.
- 6 Se for eks. WHO (2014). Prisons and health, s. 7, FNs standard minimumsregler for behandling av innsatte (Mandelareglene) (2015). Se annex til GA Res 70/175, regel 24 nr. 2, Europarådet: Komiteen for torturforebygging (CPT), Extract from 3rd General report, Health care services in prisons, 1993, CPT/Inf (1993). 12, avsnitt 71.
- 7 Mandelareglene (2015). Regel 32.

2. Om rapporten

Sivilombudet har siden 2014 gjennomført besøk til 36 fengsler. Besøkene har først og fremst undersøkt forholdene som ligger under ansvaret til det enkelte fengsel og kriminalomsorgen. Samtidig har også helsetjenestene for de innsatte vært en viktig del av undersøkelsene. I alle fengselsbesøkene har vi gitt anbefalinger til helsetjenestene som i etterkant er fulgt opp i dialog mellom helsetjenestene og Sivilombudet. I perioden 2023–2024 satte vi et ekstra søkelys på samarbeidet mellom helsetjenestene og fengselet i besøkene. I denne perioden publiserte vi ni besøks-rapporter. I 2025 har vi gjennomført seks besøk til

høysikkerhetsfengsler hvor temaet for besøket var begrenset til bruk av sikkerhetscelle. Fordi helse-tjenestens rolle når fengselet bruker sikkerhetscelle er relevant, omfatter denne rapporten også funn fra disse besøkene.⁸

Sivilombudet har gjennom disse besøkene avdekket gjentatte og alvorlige mangler i helsehjelpen til innsatte. I denne rapporten ser vi nærmere på de samlede funnene i perioden 2023–2025, og vi ser på hvorfor disse forholdene gjør det vanskelig å følge opp innsattes behov for helsehjelp på en forsvarlig måte.



8 Besøk til Bredtveit og Ullersmo fengsel, avd. Zulu Øst, Halden fengsel, Froland fengsel, Bodø fengsel, Ringerike fengsel, Trondheim fengsel og forvaringsanstalt, avd. Nermarka, Eidsberg fengsel, Ålesund fengsel og Stavanger fengsel. Besøk med tema begrenset til bruk av sikkerhetscelle: Oslo fengsel, Ullersmo fengsel, Åna fengsel, Mandal fengsel, Skien fengsel og Ungdomsenheten Vest. Vi har ikke undersøkt innsattes tilgang til tannhelsetjenester.

3. Innsattes rett til helse- tjenester og forbudet mot umenneskelig behandling

Innsatte har den samme retten til helsetjenester som resten av befolkningen.⁹ Dette er presisert i Mandela-reglene og i De europeiske fengselsreglene.¹⁰

I arbeidet med å sikre likeverdige helsetjenester står særlig tre forhold sentralt:

1. Innsatte i fengsel er sykere enn befolkningen ellers

Det er godt dokumentert at sykkeligheten blant innsatte i fengsler er høyere enn i den øvrige befolkningen. Flere undersøkelser viser at en betydelig andel innsatte har kroniske sykdommer, flere ulike diagnoser samtidig, rusmiddelproblemer, psykiske lidelser og en opphoping av levekårsproblemer.¹¹ Estimerer på antall innsatte i norske fengsler som kvalifiserer til en behandlings-trengende psykisk lidelse, varierer mellom 20 og opp mot 50 prosent.¹² Det er også en overrepresentasjon av innsatte med utviklingshemming i fengsel sammenlignet med befolkningen ellers, og sannsynligvis flere innsatte som kvalifiserer til diagnosen, uten at den har blitt satt.¹³

Det blir stadig flere eldre innsatte. Andelen innsatte over 50 år har økt fra 6 prosent i 2000 til 19 prosent i 2019.¹⁴ Dette har også konsekvenser for innsattes helsebehov, da eldre har økt behov for helse- og omsorgstjenester.

Flere innsatte enn mennesker ellers i samfunnet bærer med seg traumer fra vold eller seksuelle overgrep. Andelen kvinnelige innsatte som har opplevd seksuelle overgrep, er svært høy.¹⁵ Mange innsatte har hatt en vanskelig oppvekst med fattigdom, mishandling eller rusbruk. Innsatte har også lavere utdanningsnivå og lavere yrkesdeltakelse enn befolkningen ellers.¹⁶ Dette er i seg selv forbundet med dårligere helse.

Risikoen for selvmord er høy blant innsatte, blant annet på grunn av dårlig psykisk helse og rusmiddelbruk.¹⁷ I tillegg bidrar forhold i fengselet, som manglende sosial kontakt og opplevelsen av å miste kontroll over eget liv, til økt risiko for selvmord.¹⁸

9 Retten til helsehjelp er slått fast i helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1, første og annet ledd.

10 Mandelareglene (2015). Regel 24.1; De europeiske fengselsreglene, regel 40.3 og 40.5.

11 Se f.eks. Tverborgvik, T, Stavseth, M.R. m.fl. (2024). *Levekår, rus og psykisk helse blant personer som har vært fengslet eller gjennomført straff i samfunnet*. SERAF rapport 5/2024; Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler, Oslo Universitetssykehus.

12 Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler, Oslo Universitetssykehus, s. 11.

13 Se f. eks. Søndena E, Rasmussen K, Palmstierna T, Nøttestad J. (2008). The prevalence and nature of intellectual disability in Norwegian prisons. *Journal of Intellectual Disability Research*, (52) 12, 1129-37.

14 Kriminalomsorgsdirektoratet (2020). Eldre i norske fengsler: Situasjon, analyse, utfordringer og løsninger, s. 12.

15 Amundsen, Marie-Lisbet (2010). Bak glemselens slør, *FONTENE Forskning* 1/10, s 4-15.

16 Revold, M. K (2014). Innsattes levekår 2014. SSB Rapporter 2015/47.

17 Bukten, A. og Stavseth, M.R. (2021). Suicide in prison and after release: a 17-year national cohort study. *European Journal of Epidemiology*, 36, 1075–1083; Cramer, V. (2014). Forekomst av psykiske lidelser hos domfelte i norske fengsler, Oslo Universitetssykehus. s. 11.

18 WHO (2007). Preventing suicide in jails and prisons.

2. Frihetsberøvelse begrenser muligheten til å ivareta egen helse

Innsatte i fengsel er under myndighetenes kontroll og er fratatt muligheten til selv å oppsøke helsetjenester ute i samfunnet. De sterke begrensningene i selvbestemmelse, de fysiske forholdene og begrensningene i mulighet til blant annet fysisk aktivitet gjør det vanskeligere for innsatte å ivareta egen helse. Dette gjelder for eksempel gjennom kost, helsefremmende

aktiviteter og søvn, eller ved å få støtte fra pårørende eller andre.

Innsatte er også underlagt bestemmelser som gir myndighetene rett til å utøve tvang og fysisk makt. Tvangs- og maktutøvelse utgjør risiko for både fysiske og psykiske skader.

3. Omfattende isolasjon i fengslene

Sivilombudet er bekymret for bruken av isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler. Isolasjon og mangel på menneskelig kontakt er inngripende og helseskadelig.

I 2019 publiserte vi en særskilt melding til Stortinget hvor vi kom med flere anbefalinger, blant annet at helsetjenestene i fengsel får en felles faglig plattform; en lovfesting av helsetjenestenes oppfølgingsansvar for isolerte innsatte; og en revisjon av den nasjonale veilederen for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsler.¹⁹ Våre anbefalinger har delvis blitt besvart av myndighetene. Våren 2019 etablerte Helsedirektoratet et fagråd for helse- og omsorgstjenester og tannhelse-tjenester til innsatte i fengsel. I august 2025 foreslo regjeringen endringer i straffegjennomføringsloven og

helse- og omsorgstjenesteloven. Forslaget innebærer en lovfesting av daglig helsetilsyn for innsatte som er isolert på sikkerhetscelle eller lagt på sikkerhetsseng, men ingen lovfesting av tilsvarende tilsyn for innsatte som er isolert på andre måter.²⁰ Helsedirektoratet oppdaterte sin veileder for helse- og omsorgstjenester for innsatte i fengsel i september 2025.²¹

En negativ utvikling, med økt grad av innlåsing og isolasjon i årene etter 2019, gjorde at ombudet i 2025 igjen varslet Stortinget i en ny særskilt melding, om vår bekymring for omfanget av isolasjon i norske fengsler.²² Denne utviklingen, samtidig med at sykkeligheten blant innsatte øker, gjør ombudet bekymret for at helsetjenestene ikke er godt nok satt i stand til å møte pasientgruppas behov.

Særlige forhold stiller særlige krav til helsetjenestene i fengsel

Kombinasjonen av høy sykkelighet, begrenset selvbestemmelse og bevegelsesfrihet, isolasjon og hjemler for maktutøvelse, gir staten et særlig ansvar for å sikre helsehjelp til innsatte. Likeverdige tjenester innebærer at

tjenestene skal tilfredsstillе behov som vil være både kvantitativt og kvalitativt annerledes enn ellers i samfunnet. Å yte helsetjenester til innsatte, reiser dermed egne utfordringer og stiller særlige krav til helsetjenestene.

19 Sivilombudet (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler. Dokument 4:3 (2018/2019).

20 Prop. 165 L (2024-2025) Endringer i straffegjennomføringsloven mv. (isolasjon i fengsel).

21 Helsedirektoratet 2025. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Veileder til lov og forskrift. Først publisert 22. september 2025.

22 Sivilombudet (2025). Særskilt melding til Stortinget om innlåsing og faktisk isolasjon i fengslene. Dokument 4:1 (2024/25).

4. Sentrale funn fra besøk 2023–2025

4.1 Kartlegging av innsattes helsebehov

Helsekartlegging er viktig for å avdekke hvilke helsebehov den innsatte har, og for å dokumentere skader som kan ha oppstått under pågrepelse og transport. Kartleggingen gir også grunnlag for å vurdere om innsatte utvikler symptomer på skader som følge av forholdene i fengsel. Hvis helsebehovene ikke blir kartlagt ved innsettelse, risikerer innsatte å gå glipp av nødvendig behandling. Det blir også vanskeligere for helsepersonell å følge med på om innsatte tar skade av oppholdet i fengsel. Dette er særlig viktig når innsatte blir utsatt for isolasjon.

Både De europeiske fengselsreglene og Mandelareglene anbefaler at helsepersonell gjennomfører en undersøkelse av innsatte så raskt som mulig etter at de kommer til fengselet.²³ Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) understreker at en slik helsekartlegging bør finne sted det første døgnet etter innsettelse.²⁴ Helsedirektoratets nye veileder anbefaler at helsetjenestene i fengsel bør tilby innkomstsamtale til alle innsatte innen 24 timer.²⁵

► Funn 1: Forsinket eller manglende helsekartlegging

Kartleggingene ble ofte ikke gjennomført i tråd med menneskerettslige standarder om at de skal skje kort tid etter innkomst og senest innen et døgn:

- › Nesten ingen av helsetjenestene sikret at innsatte som hovedregel fikk innkomstsamtale innen 24 timer.²⁶
- › I tre fengsler hadde bare omtrent halvparten fått innkomstsamtale innen 24 timer.
- › Manglende datering av dokumentasjonen gjorde at det ofte var umulig å fastslå om innkomstsamtalen hadde funnet sted innen et døgn.

En av årsakene til at innkomstsamtaler ble forsinket, var at innsettelsen skjedde fredag ettermiddag eller senere i helgen. Bare få helseavdelinger har åpent i denne perioden og innkomstsamtalen må da gjennomføres av legevakten. Manglende beskjed fra fengselet, kapasitetsutfordringer eller at legevakten ikke var kjent med Helsedirektoratets veileder, gjorde at legevakten ikke gjennomførte kartleggingen.

23 De europeiske fengselsreglene (2020). Rec(2006). 2-rev, regel 15 og 42.1; Mandelareglene (2015). Regel 30 nr. 1.

24 CPT (2025). Healthcare in prison: Prison standard, CPT/Inf 2025 (37), avsnitt 10. Se også CPT (2019). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf 2019 (1), avsnitt 93.

25 Helsedirektoratet (2025). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veileder til lov og forskrift. Først publisert 22. september 2025. Den tidligere veilederen anbefalte at en innkomstsamtale gjennomføres i løpet av kort tid etter innsettelse, at medisiner bruk kartlegges umiddelbart og at en nærmere undersøkelse og samtale med den innsatte bør gjennomføres i løpet av et døgn, se Helsedirektoratet (2013/2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veileder. IS-1971, s. 19.

26 Vi fant det samme i ytterligere et fengsel, men på grunn av manglende dateringer i en del av materialet, var det ikke mulig å si om det gjaldt for alle forløpene vi undersøkte.

► Funn 2: Helsekartleggingene gir ikke nok informasjon til å følge opp innsattes helse

Helsekartleggingen ved innkommst skal blant annet omfatte fysisk og psykisk sykdom, inkludert tidligere diagnostiserte problemer og påbegynt behandling, tegn på uforholdsmessig maktbruk ved innsettelse, abstinenssymptomer som følge av rusmisbruk, psykisk eller annet stress som følge av frihetsberøvelsen, smittsomme sykdommer, somatiske eller psykiske helseutfordringer som vil kreve oppfølging etter løslatelse, og organiseringen av dette.²⁷ Helsedirektoratets nye veileder inneholder en detaljert beskrivelse av hva en innkommstkartlegging skal inneholde.²⁸

Totalt sett var kartleggingene ved innkommst for overfladiske. Flere kartlegginger var korte eller stikkordspreget og ga svakt grunnlag for videre oppfølging. Noen steder var innkommstnotatene ikke fullstendige, selv der hvor det fantes maler og skjemaer for innkommstamtale. Der maler ble brukt, var det ofte bare oppgitt «ja» eller «nei» på de ulike punktene, uten nærmere informasjon om den innsattes helsetilstand.

I mange fengsler hadde helsepersonellet svake eller ingen rutiner for å kartlegge og dokumentere skader innsatte har ved innsettelsen. Dette er flere ganger tatt opp av CPT i forbindelse med besøk til Norge. Likevel fant vi at helsepersonell fortsatt har for lite kunnskap om risikoen for skader i forbindelse med pågrepelse og innsettelse i arrest og i fengsel (se Funn 13: Helsepersonell skal ikke godkjenne fengselets tvangsbruk).²⁹

Dårlig kartlegging av innsattes helse gjør det vanskelig å identifisere helsebehov og følge opp med nødvendig behandling. Dette kan føre til at innsattes helse forverres, og i ytterste konsekvens til tap av liv.

► Funn 3: Kartlegging av selvmordsrisiko blir ikke gjennomført systematisk

Innsatte i fengsel har økt risiko for selvmord og fengselet og helsetjenestene har begge et selvstendig ansvar for å identifisere risiko for selvmord og sette i verk tiltak.^{30 31}

Den europeiske menneskerettsdomstolen (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 forebyggings tiltak mot selvmord.³² Norge ble i 2024 dømt i EMD for å ha krenket Den europeiske menneskerettskonvensjonens (EMKs) artikkel 2, retten til liv, da en innsatt tok sitt eget liv.³³ EMD fant at den innsatte kun hadde fått begrenset medisinsk tilsyn og behandling, til tross for hans omfattende psykiske helseproblemer. Det var svakheter i koordineringen og kommunikasjonen mellom fengselet og de ulike helsemyndighetene involvert, i og utenfor fengselet.

I 2025 inngikk staten forlik med de etterlatte i en annen sak etter at en innsatt tok sitt eget liv i fengsel. Forliket innebærer at staten må iverksette tiltak for å styrke soningsforholdene for sårbare innsatte som trenger psykisk helsehjelp.³⁴

I mer enn halvparten av fengslene vi undersøkte, gjennomførte ikke helseavdelingene selvmordskartlegging systematisk. Ikke alle helseavdelingene vi besøkte, hadde egen rutine for kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko.

Bruk av rusmidler er en risikofaktor for selvmord.³⁵ Dette er en av flere grunner til at det er viktig å kartlegge innsattes rusmiddelbruk. Når ruskartlegginger ble gjennomført, var de ofte lite detaljerte og det ble ikke

27 De europeiske fengselsreglene, regel 42.3.

28 Helsedirektoratet (2025). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Veileder til lov og forskrift. Først publisert 22. september 2025.

29 Se CPT (2025). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 3, avsnitt 53 og CPT (2019). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2019), avsnitt 91-95.

30 Helsedirektoratet (2017/21). Nasjonale faglige råd: Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging; Helsedirektoratet 2025. Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Veileder til lov og forskrift. Først publisert 22. september 2025.

31 Mandelareglene (2015). Regel 30; De europeiske fengselsreglene, regel 47.

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

33 EMD *Haugen mot Norge*, klagenr. 59476/21, 15. oktober 2024.

34 Elden advokatfirma (2025). Forlik i Jonatan-saken: Staten inngår forlik med etterlatte. Publisert 20.2.2025. www.elden.no

35 Myklestad, I., Stene-Larsen, K m.fl. (2023). *En kartlegging av publisert forskning og kunnskapsmangler på selvmordsfeltet i Norge*. Rapport 2023. Oslo, Folkehelseinstituttet, s. 45.

brukt skåringsverktøy.³⁶ I flere enn halvparten av fengslene vi besøkte, manglet det informasjon om innsattes rusmiddelbruk. Dette gjør oss bekymret for at rusmiddelbruk, rusavhengighet og abstinensstilstander ikke blir fanget opp. Dette øker ikke bare risikoen for selvmord, men også for helseskade og overdose-dødsfall.

► Funn 4: Helseavdelingene bruker for lite tolk i samtaler med innsatte

Helsetjenestene har plikt til å bruke kvalifisert tolk når pasienten ikke behersker norsk godt nok til å forstå informasjonen som blir gitt, eller medvirke i beslutninger om helsehjelp.³⁷ Utenlandske statsborgere utgjør

mellom 25 og 30 prosent av innsatte i norske fengsler. En del av disse kan lite eller ikke norsk. For at de skal kunne få og gi viktig informasjon, er de derfor avhengig av å kommunisere på et språk de forstår.³⁸

Flere av besøkene avdekket for lite bruk av kvalifisert tolk i forbindelse med helsekonsultasjoner. I noen tilfeller ble det brukt digitale oversettelsesverktøy, mens det andre ganger ble brukt fengselsbetjenter eller innsatte i samtale med helsepersonell. Digital oversettelse på nettbrett eller assistanse fra fengselsansatte og innsatte med språkkompetanse skal ikke erstatte kvalifisert tolk i samtaler om taushetsbelagt informasjon, som innsattes helse.

4.2 Oppfølging av innsattes helse under fengselsoppholdet

Våre besøk har avdekket flere forhold som bidrar til at innsattes helsebehov ikke blir fulgt opp godt nok. Manglende helsehjelp kan få alvorlige konsekvenser for de innsatte, og i verste fall føre til alvorlig sykdom og død.

► Funn 5: Det er vanskelig for innsatte å få fortrolig kontakt med helsetjenesten

For at innsatte skal få helsehjelp er de avhengige av å kunne kontakte helsetjenesten. Dette må de kunne gjøre i fortrolighet, og uten at fengselsansatte gjennomgår henvendelsene.³⁹

I alle fengslene var det et problem at innsatte ikke kunne kontakte helseavdelingen uten risiko for at informasjon kom på avveie. I de fleste av fengslene vi besøkte, måtte de innsatte sende samtalelapper når de ville ta kontakt med helseavdelingen. I flere fengsler ble det ikke brukt konvolutt når innsatte sendte samtalelapper, og innsatte måtte be om konvolutt. Disse ble ofte ikke lukket. Vi så eksempler på at innsatte som ikke snakket norsk eller engelsk, eller som hadde funksjonsnedsettelse som gjorde det vanskelig for dem å skrive, måtte få hjelp fra betjenter til å skrive. Dette innebærer at betjenter får helseinformasjon de ikke skal ha.

To av fengslene hadde innført digitale løsninger der de innsatte selv kunne bestille time hos helseavdelingen. Systemet var imidlertid bare tilgjengelig på stasjonære skjermer på veggene i fellesrommene. Dette gjorde at andre kunne få innsyn i hva innsatte skrev.

Når innsatte ikke får mulighet til å ta fortrolig kontakt med helsepersonell, risikerer de å ikke få helsehjelp for problemer de ikke ønsker å dele med andre. Det kan forverre innsattes helsetilstand, og gjøre at helsetjenesten går glipp av informasjon om forholdene i fengsel som kan ha betydning for innsattes helse.



Foto: Sivilombudet

36 Et skåringsverktøy er et standardisert kartleggings- eller vurderingsskjema som brukes til å måle, vurdere eller følge opp en persons helsetilstand. Disse verktøyene gir helsepersonell et objektivt grunnlag for å vurdere alvorlighetsgrad, behov for behandling, og endringer over tid.

37 Dette følger blant annet av Lov 02. juli 1991 nr. 63 om pasient- og brukerrettigheter (pasient- og brukerrettighetsloven) §3-2 og §3-5 og Lov 11. juni 2021 nr. 79 om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. (tolkeloven).

38 Sivilombudet (2025). Bruk av tolk i norske fengsler, s. 5.

39 CPT (2025). Healthcare in prison: Prison standard, CPT/Inf 2025 (37), avsnitt 26.

Mange innsatte var frustrerte over at det kunne ta lang tid å få tilbakemelding på lappene, eller at lappene ikke alltid ble besvart. I flere fengsler hadde ikke helseavdelingene noe system for å dokumentere når de mottok samtalelapp fra en innsatt eller når de besvarte en henvendelse. Det var derfor vanskelig å vite om lapper kom frem, og vanskelig for helsetjenestene å følge med på hvor lang tid det tok fra de mottok en henvendelse, til den innsatte fikk en tilbakemelding. Dette innebærer en risiko for at helsetjenesten overser henvendelser, og øker faren for at innsatte ikke får nødvendig helsehjelp.

I fengslene der de hadde innført digital kommunikasjon måtte innsatte beherske norsk eller engelsk for å bruke systemet. Det kunne i tillegg være vanskelig å bruke for personer med enkelte funksjonsnedsettelse.

Helsetjenestene manglet ofte kunnskap om utfordringene innsatte hadde med å komme i kontakt med dem.

► Funn 6: Mangelfull oppfølging av innsatte med omfattende helseutfordringer eller selvmordsrisiko

Besøkene har særlig avdekket to utfordringer for oppfølgingen av innsattes helse som kan gi risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig behandling, og i ytterste fall risiko for krenkelse av retten til liv.⁴⁰

Innsatte med omfattende helse- og omsorgsbehov

I en del fengsler har det vært innsatte med store og alvorlige behov som ikke har blitt fulgt opp godt nok. Dette omfatter både somatiske og psykiske helseutfordringer. Vi har sett eksempel på at en innsatt med døgntkontinuerlig pleiebehov ikke fikk hjelp utenom helseavdelingens åpningstid. Den innsatte hadde hjelpebehov som omfattet hjelp til å forflytte seg, spise, drikke, bleieskift, påkledning, dusj og toalettbesøk, og hadde blitt liggende flere timer i egen avføring. En av årsakene til dette var at det i praksis ikke var mulig med hjelp og pleie fra hjemmesykepleien om natten.

I et annet fengsel fant vi at en innsatt med særlig omfattende hjelpebehov som følge av fremadskridende somatisk sykdom, smerter og alvorlige psykiske plager, trengte hjelp til forflytning, dusj og toalettbesøk. Til tross

for dette var det ikke inngått avtale med kommunale tjenester om hjemmesykepleie.

«Under besøket kom det frem informasjon fra flere ulike kilder som tilsa at én av de innsatte på besøkstidspunktet ikke burde være i fengsel. Både ansatte i helseavdelingen, spesialisthelsetjenesten og fengselet mente denne innsatte burde vært på sykehus eller en annen form for institusjon for å sikre riktig og god oppfølging. Det er bekymringsfullt at en innsatt med alvorlige helseproblemer som både fengsel og helsetjenester er samstemte om at ikke skal være i fengsel, likevel forblir i fengsel i flere år. Sivilombudet er ikke kjent med om det var tatt initiativ fra fengsel, helseavdeling eller spesialisthelsetjenesten fordi man mente det ikke var forsvarlig å ivareta den innsatte i fengselet..»

Utdrag fra Sivilombudet (2024). Rapport fra besøk til Trondheim fengsel og forvaringsanstalt, avdeling Nermarka, s. 55

Innsatte med selvmordsrisiko og psykisk uhelse

Både hendelser i den innsattes liv og soningsforholdene vil kunne forsterke risikoen for selvmord. Helsepersonell må derfor følge med på innsattes helhetlige helsesituasjon. Dette vil avhenge av god løpende kommunikasjon med fengselet (se Funn 16: Mangler i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen). Vi har funnet flere eksempler på innsatte med selvmordsrisiko eller omfattende helse- og omsorgsbehov, der helseavdelingen vurderte at det ikke var forsvarlig å ivareta innsatte i fengsel, uten at dette førte til konkrete tiltak fra helsetjenesten (se Funn 12: Når helsepersonell ikke melder fra).

CPT har i sin siste rapport om Norge vurdert tilbudet til innsatte med psykisk uhelse som for dårlig.⁴¹ Komiteen gjorde også en såkalt «umiddelbar observasjon» av tre innsatte som var svært alvorlig syke, og som komiteen krevde overført til psykisk helsevern.⁴²

40 Se EMD *Haugen mot Norge*, klagenr. 59476/21, 15. oktober 2024.

41 CPT (2025). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 3.

42 CPT (2025). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 3, avsnitt 121. Komiteen kan etter den europeiske torturkonvensjonens art. 8.2, avsnitt 5, kommunisere observasjoner som krever umiddelbar handling direkte til relevante myndigheter under et besøk.

► Funn 7: Avlyste fremstillinger fører til avbrudd i behandlingen

Hvis en innsatt har en helseavtale utenfor helseavdelingen, for eksempel en undersøkelse på sykehus, må fengselsansatte følge den innsatte til timen («fremstilling»). For varetektsinnsatte er det politiet som fremstiller. I flere av fengslene var ansatte i helseavdelingen bekymret for at fremstillinger til helse tjenester utenfor fengselet ble avlyst, og pekte på at dette ofte skyldtes manglende bemanning hos politi og kriminalomsorg. Helseavdelingene hadde ikke alltid oversikt over avlyste fremstillinger og fulgte ikke alltid dette opp.

Avlyste fremstillinger kan medføre at innsatte går glipp av nødvendig utredning og behandling. I tillegg kan det medføre stor frustrasjon at en helseavtale man har ventet lenge på, blir avlyst på kort varsel. Det kan være viktig å få mulighet til å forberede seg på et legebesøk, og det bør derfor ikke rutinemessig holdes skjult for innsatte når de har time hos spesialisthelsetjenesten. Innsatte mister også muligheten til å klage på fristbrudd.⁴³ Det er et felles ansvar for fengsel, politi og helseavdelingen å sikre oppfølging av avlyste helsefremstillinger.

► Funn 8: Løslatelse og flytting mellom fengsler kan gi svikt i helseoppfølgingen

Mandelareglene presiserer at det må sikres kontinuitet i behandlingen mellom helsetjenestene i og utenfor fengsel.⁴⁴ I flere fengsler manglet det et system for å be om innsattes samtykke til å overføre viktige helseopplysninger ved løslatelse eller overflytting mellom fengsler. Vi så eksempler på at flytting mellom fengsler ga høy risiko for svikt i helseoppfølgingen av innsatte. Vi fant helseavdelinger som unnlot å sende henvisninger, eller sette i gang undersøkelser, fordi innsatte snart skulle overføres til annet fengsel, eller løslates. Dette kan medføre at innsatte mister viktig oppfølging i spesialisthelsetjenesten, eller at denne blir forsinket. Vi fant også at mange av fengslene manglet rutiner for å informere helsetjenestene om planlagte flyttinger og løslatelser. Dette gjorde at helsetjenesten ikke fikk overført helseinformasjon til helsetjenesten som skulle følge opp den innsatte i det nye fengselet.

Kontinuitet i helseoppfølgingen er viktig, både av helsemessige grunner og fordi innsatte ofte har begrenset tillit til helsepersonell eller kan ha vansker med å oppsøke helsetjenester etter løslatelse. Innsettelse, overføring mellom fengsler og løslatelse er alle risikosituasjoner som kan føre til avbrudd i nødvendig behandling, og øke risikoen for selvmord. Innsettelse og løslatelse kan også øke risikoen for alvorlige abstinensreaksjoner eller overdoser.⁴⁵



43 Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 jf. § 2-2a.

44 Mandelareglene (2015). Regel 24 nr. 2.

45 Groenewegen, P. Dirkzwager, A. m.fl. (2022). The health of detainees and the role of primary care: *Position paper of the European Forum for Primary Care*, s. 4.

4.3 Helseoppfølging av isolerte

Det er godt kjent at isolasjon er helseskadelig og at mange innsatte i norske fengsler er mye isolert.⁴⁶ Risikoen for helseskade er bakgrunnen for at EMD i en rekke dommer har slått fast at dersom isolerte innsatte ikke får jevnlig tilsyn og medisinsk oppfølging av helsepersonell, kan det føre til krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling.⁴⁷ Helsepersonell må derfor jevnlig overvåke isolerte innsattes fysiske og psykiske helse.⁴⁸ Isolasjon av innsatte med psykiske lidelser og isolasjon som bidrar til å forverre sykdom, er ifølge Mandelareglene forbudt.⁴⁹

Helseskader av isolasjon

Isolasjon er svært inngripende og helseskadelig. Dette er grundig dokumentert i forskningslitteraturen. En stor andel av dem som isoleres, opplever fysiske eller psykiske symptomer som følge av isolasjonen. Skadevirkningene avhenger blant annet av isolasjonens omfang, strenghet og varighet og forhold ved den innsatte.

De vanligste symptomene er psykiske, men det er også dokumentert fysiske symptomer og plager. Dette omfatter hjertebank, svette, søvnløshet, smerter i ledd og rygg, synssvekkelser, dårlig appetitt og fordøyelsesplager, utmattelse/svakhetsfølelse, skjelving og kuldefølelse. De psykiske symptomene kan variere fra engstelse, apati og sosial tilbaketrekning, konsentrasjonsvansker, hypersensitivitet for lyder og «tankekjør», til alvorlig depresjon, panikklidelse og akutt psykose. Det rapporteres også om økt grad av aggresjon, sinne, selvskading og selvmordsforsøk. Isolasjon kan også forverre eksisterende plager og tilstander.

Både De europeiske fengselsreglene, Mandelareglene og CPTs standard for helsetjenester i fengsel understreker at helsepersonell skal tilse isolerte ved plassering i isolasjon og deretter daglig, og gi rask medisinsk hjelp og behandling.⁵⁰ Reglene slår videre fast at helsepersonell skal melde fra til fengselsledelsen dersom innsattes fysiske eller psykiske helse forverres av isolasjonen, og gi råd for å avslutte eller redusere isolasjonen av helsemessige årsaker.⁵¹

Også Helse- og omsorgsdepartementet har lagt til grunn at helsepersonell har plikt til å følge opp isolerte daglig.⁵²

Innsatte som opplever negative skadevirkninger, vil ikke alltid gjenkjenne symptomene selv, eller være i stand til å kommunisere sitt behov for helsehjelp. Helsepersonell må selv sikre den isolertes helsebehov ved egne observasjoner og undersøkelser. Det er ikke tilstrekkelig å basere seg på at innsatte henvender seg via betjenter.

I tillegg til å ivareta helsen til den innsatte, har helse-tjenestenes oppsøkende virksomhet en forebyggende funksjon. Deres tilsyn og tilstedeværelse kan bidra til å redusere mulighetene for at innsatte utsettes for krenkelser. Dette er særlig viktig i situasjoner der det er brukt sterk fysisk makt, som det ofte er ved plassering i sikkerhetscelle.

46 Se for eksempel Sivilombudet (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler. Dokument 4:3 (2018/2019); Sivilombudet (2025). Særskilt melding til Stortinget om innlåsing og faktisk isolasjon i fengslene. Dokument 4:1 (2024/25)

47 EMDs dom *Keenan mot Storbritannia*, 4. mars 2001 avsnitt 109–116. Se også *Khider mot Frankrike*, klagenr. 39364/05, 9. juli 2007 avsnitt 119–122; *Rohde mot Danmark*, klagenr. 69332/01, 21. juli 2005 avsnitt 99; *Riviere mot Frankrike*, klagenr. 46460/10, 25. juli 2013 avsnitt 63; *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnitt 120.

48 EMD, *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07, 10. april 2012 avsnitt 212. Se rapport fra FNs spesialrapportør til FNs generalforsamling (2011). A/66/268, avsnitt 100.

49 Mandelareglene (2015). Regel 45(2).

50 CPT (2025). Healthcare in prison: Prison standard, CPT/Inf 2025 (37), avsnitt 139; De europeiske fengselsreglene, regel 43.2–43.3; Mandelareglene (2015). Regel 46 nr. 1.

51 CPT (2025). Healthcare in prison: Prison standard, CPT/Inf 2025 (37), avsnitt 139; De europeiske fengselsreglene, regel 43.3, 45.1 og 2; Mandelareglene (2015). Regel 46.2 og 3.

52 Se Prop. 165 L (2024–2025) Endringer i straffegjennomføringsloven mv. (isolasjon i fengsel). Helsedirektoratet 2025 og Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel: Veileder til lov og forskrift. Først publisert 22. september 2025.



Slik kan en sikkerhetscelle se ut. Fra Trondheim fengsel og forvaringsanstalt. Foto: Sivilombudet.

Ulike former for isolasjon i norske fengsler:

Besluttet isolasjon: Innsatte kan være isolert på bakgrunn av en formell beslutning om isolasjon, enten ved at:

1. en domstol pålegger isolasjon av varetektsinnsatte hvis det er behov for det av hensyn til etterforskningen, eller at
2. fengselet beslutter at en innsatt utelukkes fra fellesskapet, eller at
3. fengselet beslutter at innsatte skal plasseres på sikkerhetscelle eller i belteseng.

Selvisolering: Når innsatte avstår fra kontakt med andre, f.eks. på grunn av frykt for medinnsatte eller psykiske helseutfordringer.

Faktisk isolasjon: Situasjoner hvor innsatte er innelåst på egen celle store deler av døgnet, på grunn av fengselets ressurssituasjon. Slik innlåsing skjer uten at det skyldes den innsattes egen atferd og uten en beslutning fra retten eller fengselet.

► Funn 9: Mangelfullt tilsyn med isolerte innsatte

I nesten alle fengslene var det eksempler på isolerte innsatte som ikke fikk daglig tilsyn av helsepersonell. Flere steder har helsetjenestene manglet kunnskap og oppmerksomhet om de helsemessige konsekvensene av isolasjon.

«En innsatt som hadde vært utelukket i nesten to måneder hadde kun blitt spurt om han ønsket samtale med helsepersonell tre ganger i perioden. Da den innsatte etterspurte legetime selv, ble han satt opp på en legetime tre uker senere. Denne timen ble senere avlyst og samtalen med lege skjedde nesten en måned etter han opprinnelig hadde bedt om kontakt med helsetjenesten. Helseavdelingen begrunnet dette med de omfattende sikkerhetstiltakene rundt den innsatte og at kriminalomsorgen derfor ikke hadde kapasitet til å følge den innsatte til helseavdelingens lokaler. Muligheten for at helsepersonell kunne oppsøke den innsatte på cellen så ikke ut til å ha blitt vurdert.»

Utdrag fra Sivilombudet (2024). Rapport fra besøk til Ringerike fengsel, s. 62



Sikkerhetscelle i Åna fengsel. Foto: Sivilombudet.

Varetektsinnsatte som er besluttet isolert av domstolen

I flere av fengslene vi besøkte, førte ikke helsepersonell daglig tilsyn med de innsatte som var ilagt full isolasjon av retten. Varetektsfengsling vil for de aller fleste medføre stor usikkerhet og høyt stress, mange opplever det som en livskrise. Isolasjon er i en slik situasjon en stor tilleggsbelastning. Domstolen kan også beslutte at isolasjonen skal omfatte medie- og brev- og besøksforbud. Isolasjonen kan pågå i lang tid og forlenges mange ganger.⁵³ Alle disse forholdene skaper høy grad av stress og uforutsigbarhet hos innsatte som er besluttet isolert av retten.

Det er svært urovekkende at helsetjenesten ikke sikrer daglig tilsyn i disse situasjonene. Helsepersonells oppfølging av den innsatte er også viktig for å sikre at domstolen er riktig informert om belastningen og den innsattes helsesituasjon når domstolen skal beslutte om vedkommende skal isoleres.

⁵³ Lov 22. mai 1981 nr. 25 om rettergangsmåten i straffesaker (Straffeprosessloven) § 186a andre jf. tredje ledd bokstav a eller b.

Innsatte som er utelukket etter beslutning av fengselet

I flere fengsler fant vi at innsatte som var besluttet utelukket ikke ble tilsett daglig av helsetjenesten. I noen av disse manglet det oppfølging fra helsetjenesten selv når innsatte var isolert over lang tid, noen over flere uker. Bare unntaksvis var en helsefaglig begrunnelse for den lave tilsynsfrekvensen dokumentert i innsattes journal.

I noen fengsler manglet det også helsetilsyn av innsatte som var utelukket på såkalt «forsterket celle».⁵⁴

Innsatte som er satt på sikkerhetscelle

Sikkerhetscelle er en spesielt inngripende og belastende form for isolasjon.⁵⁵ Sikkerhetscella er utformet i betong, med glatte vegger, plastmadrass og toalett i et hull i gulvet. Utformingen av cellene kan medføre at den innsatte etter kort tid blir desorientert. En sikkerhetscelle har egenskaper som forsterker alle de skadelige elementene av isolasjon. Innsatte som blir plassert på sikkerhetscelle blir fratatt det aller meste av egenkontroll og er prisgitt ansatte for å ivareta sin egen helse og velferd.

I et flertall av fengslene hadde helsetjenesten ikke utført daglig tilsyn med alle innsatte på sikkerhetscelle. I flere tilfeller tok det lang tid før innsatte fikk helsetilsyn etter å ha blitt plassert på sikkerhetscelle, og i noen tilfeller manglet det helsetilsyn over flere dager. Når innsatte blir plassert på sikkerhetscelle på kveld/natt og i helg, er dette i de fleste fengslene utenfor helseavdelingens åpningstid. Da er det legevakten som skal gjennomføre tilsynet. Det hendte relativt ofte at legevakten ikke kom på tilsyn når den ble kontaktet. I noen tilfeller ble legevakten ikke kontaktet av fengselet.

I to fengsler avdekket vi at det flere ganger var brukt pepperspray (OC-gass) mot innsatte i forbindelse med plassering på sikkerhetscelle, der det enten var dokumentert at det tok lang tid før helsepersonell kom til, eller det manglet dokumentasjon av helsehjelp. I disse tilfellene var det uklart om dette skyldtes at fengselet ikke hadde informert helsetjenesten om maktbruken.

Innsatte som blir utsatt for pepperspray i fengselet trenger i mange tilfeller helsehjelp, og det er alvorlig at det ikke gjennomføres raskt tilsyn av helsepersonell i disse tilfellene. EMD har lagt til grunn at innsatte som sprayer med pepperspray har rett til umiddelbar tilgang til helsehjelp.⁵⁶ I et fengsel kom det frem at en innsatt i to tilfeller hadde sittet med håndjern på inne på sikkerhetscellen. En av disse gangene var han sprayet med pepper. Funnene om bruk av pepperspray og håndjern illustrerer også viktigheten av at helsepersonell raskt fører tilsyn med innsatte på sikkerhetscelle.

Årsaker til mangelfullt tilsyn med isolerte innsatte

Våre undersøkelser av helsetjenestene viste at det var flere grunner til at disse ikke gjennomførte tilsyn med isolerte innsatte daglig.

I noen av helseavdelingene vi besøkte, manglet det rutiner for tilsyn. I andre var det skriftlige rutiner, men disse manglet krav om daglig tilsyn, eller beskrev ikke hvordan tilsyn skulle sikres utenom helseavdelingens åpningstid. Et sted la rutinen opp til at innsatte kun skulle tilsees ukentlig eller hvis de selv ba om det. Dette er åpenbart i strid med internasjonale minstestandarder og veiledning fra Helsedirektoratet.

En annen viktig årsak til manglende tilsyn var at helsetjenesten ikke var informert om hvem som var isolert. Etter straffegjennomføringsloven skal en lege varsles uten ugrunnet opphold når en innsatt utelukkes fra fellesskap.⁵⁷ Det varierte hvordan helseavdelingene vi undersøkte fikk informasjon om at innsatte ble utelukket fra fellesskapet, og rutinene for dette var flere steder for svake.

De aller fleste helseavdelingene holdt oversikt over innsatte i varetekt som var besluttet isolert av retten, men noen helseavdelinger førte ingen slik oversikt. Flere av helseavdelingene holdt heller ikke oversikt over innsatte som var besluttet isolert av fengselet. Når helseavdelingen ikke holder oversikt over hvem som er isolert, og hvor lenge isolasjonen har vart, blir det åpenbart vanskelig å sikre at isolerte innsatte får daglig

54 En «forsterket celle» er en celle med forsterket innredning, hvor cellen er utforming slik at det er vanskelig å skade seg selv eller ødelegge møbler og inventar. Det finnes ingen sentral spesifisering av hvordan en forsterket celle skal se ut, men den kan være utstyrt med knusesikkert baderomsinventar i stål, møbler som er skrudd fast eller er svært tunge og utstyrt med avrundede hjørner. Slike celler vil i mange tilfeller ha langt mindre inventar og sanseintrykk enn en ordinær celle.

55 Sivilombudet (2025). Sikkerhetscelle i fengsel: Temarapport 2025.

56 EMD, Ali Gunes mot Tyrkia, 10. april 2012, klagenr. 9829/07 avsnitt 40-41 og CPT/Inf (2009) 8).

57 Lov 18. mai 2001 nr. 21 om gjennomføring av straff mv. (straffegjennomføringsloven) § 37 syvende ledd. I Prop. 165 L (2024 2025) er plikten til å varsle foreslått utvidet til å gjelde også ved vedtak om bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetsseng.

tilsyn. Flere helseavdelinger førte ikke oversikt over hvem som isolerte seg selv.

I flere fengsler fant vi at svikt i fengselets rutiner gjorde at helsetjenesten ikke alltid ble varslet eller ble varslet sent. En viktig årsak til manglende tilsyn på sikkerhetscelle var at dette ikke ble gjennomført av legevakten når helseavdelingen var stengt. Ofte kunne det virke som om legevakten ikke oppfattet det som nødvendig å komme på tilsyn med mindre det ble rapportert om akutt skade eller sykdom. Vi så eksempler der legevakten vurderte at det ikke var nødvendig med tilsyn, som følge av fengselets beskrivelse av den innsattes tilstand. Slike vurderinger gjaldt også i noen tilfeller innsatte som var plassert på sikkerhetscelle på bakgrunn av selvskading eller selvmordsforsøk.

Det er svært alvorlig at ansatte i fengselet tar avgjørelser som kan hindre at innsatte får den helseoppfølgingen de har rett til. I sin rapport etter besøk til Norge, har CPT uttrykt bekymring over plasseringen av innsatte som skader seg selv på sikkerhetscelle, og understreket at helsepersonell omgående må besøke slike innsatte.⁵⁸

Manglende kunnskap om faktisk isolasjon i fengselet

Kunnskap om fengselets bruk av isolasjon er nødvendig for at helsepersonell skal kunne jobbe systematisk med forebygging og begrensning av skader som skyldes isolasjonsliknende forhold. Noen steder manglet både den kommunale helse- og omsorgstjenesten og den stedlige spesialisthelsetjenesten kunnskap om den faktiske innlåsing i fengselet. Vi fant eksempler på at ansatte og ledelse i helseavdelingen ikke var klar over hvor store deler av døgnet de innsatte faktisk var innelåst på egen celle i hverdagen.⁵⁹ Dette bidro til at vi i flere av fengslene fant at helseavdelingene ikke arbeidet systematisk med skadebegrensning eller forebygging av skader som var forårsaket av ordinær innlåsing.

► Funn 10: Svakheter i gjennomføringen av tilsyn med isolerte innsatte

Innsatte har samme krav som andre på fortrolig håndtering av helseinformasjon. Både Mandelareglene og De europeiske fengselsreglene understreker at vanlige regler om taushetsplikt skal opprettholdes når innsatte har kontakt med helsepersonell.⁶⁰ Dette innebærer at fengselet, innen rammen av det som er sikkerhetsmessig forsvarlig, bør legge til rette for at innsatte som er isolerte kan ha samtaler med helsepersonell uten å bli overhørt av andre.

I mange tilfeller fant vi at betjenter var til stede under helsepersonellens tilsyn med innsatte som var utelukket eller isolert etter beslutning av domstolen. Noen ganger ble disse tilsynene gjennomført med åpen dør, men i andre tilfeller ble de gjennomført gjennom luka i celledøra. Både at betjenter kan overhøre den innsattes samtale med helsepersonell, og at helsetilsyn blir gjennomført gjennom en luke uten at helsepersonellet kan gjøre en full vurdering av den innsattes tilstand, svekker kvaliteten på helsetilsynet. Det er derfor avgjørende at slike begrensninger kun blir satt i verk når de er nødvendige for sikkerheten. Våre funn tydet på at det ofte var rutiner og ikke individuelle vurderinger som lå til grunn.

Når helsepersonell utførte tilsyn på sikkerhetscelle, var det alltid fengselsbetjenter og ofte en vaktleder til stede. At den innsatte ikke kan dele informasjon fortrolig med helsepersonell svekker kvaliteten på helsepersonellens mulighet for å gjøre en god helsevurdering. Det er også problematisk at det sterkt svekker innsattes mulighet til å formidle informasjon om uforholdsmessig maktbruk fra betjenter.

I tillegg ble disse helsetilsynene oftest gjennomført gjennom luka og i noen tilfeller gjennom en glassrute. Vi så flere eksempler på at tilsynet fra helsepersonell ble gjort via en liten luke i celledøra, en luke nede ved gulvet, eller gjennom glassvindu. Dette gjør det vanskelig for helsepersonell å observere pasientens fysikk og fremtoning, eller å sjekke vitale parameter. Det begrenser muligheten til å gjøre helsefaglige vurderinger av pasientens tilstand.

58 CPT (2025). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 3, avsnitt 123.

59 Sivilombudet har uttrykt bekymring knyttet til høy grad av faktisk isolasjon i høysikkerhetsfengsler, se Sivilombudet, Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler (Dokument 4:3 (2018/19)); Sivilombudet (2025). Særskilt melding til Stortinget om innlåsing og faktisk isolasjon i fengslene. Dokument 4:1 (2024/25).

60 Se De europeiske fengselsreglene (2020), regel 42.3 a og Mandelareglene (2015). Regel 40.

► Funn 11: Sviktede journalføring av tilsyn

Helseavdelingen og kriminalomsorgen skal dokumentere tilsyn med isolerte innsatte i hver sine journalsystemer.

I flere tilfeller manglet helsejournalene dokumentasjon av helseavdelingens oppfølging av isolerte innsatte. I noen tilfeller gikk det frem av fengselets journal at «helse» hadde gjennomført tilsyn, uten at tilsynet var dokumentert i pasientjournalen til den innsatte. Når det gjaldt oppfølging utenfor helseavdelingens åpningstider, manglet det ofte epikrise fra legevakten, eller helseavdelingen hadde ikke dokumentert at legevakten hadde utført tilsyn. Noen ganger var det kun vist til at legevakten hadde gjennomført tilsyn uten at resultatene av dette kom frem i pasientens journal. I andre tilfeller var journalnotat fra legevakten skannet inn i pasientjournalen, uten at det kom frem hvordan helseavdelingen fulgte opp de funnene og vurderingen legevakten hadde gjort

Journalnotatene til helseavdelingen var ofte korte og manglet detaljert beskrivelse av helsetilstand, eller hvordan isolasjonen kunne påvirke tilstanden. Eksempelvis «tilsyn gjort gjennom luke - ingen anmerkninger» eller «alt ok». Notatene manglet ofte informasjon om når isolasjonen startet, og hvor lenge isolasjonen skulle vare. Flere steder fant vi ikke spor av kartlegging og

vurdering av negative helseeffekter ved bruk av sikkerhetscelle når det ble gjort tilsyn, heller ikke for innsatte som hadde kjente helseplager.

Svak dokumentasjon og mangelfull journalføring gjør det vanskelig å vurdere om isolerte innsattes helsetilstand og rettigheter blir ivaretatt. Også andre forhold som kan påvirke innsattes helsetilstand, som plassering på «forsterket celle», med mindre sanseinntrykk og færre muligheter til å ha kontroll over egen situasjon, var sjelden omtalt i helsejournalene.

Helsejournalene som omhandlet innsatte på sikkerhetscelle, inneholdt sjelden beskrivelser av sikkerhetscellen. Det var ofte ikke omtalt hvordan den fysiske utformingen påvirket innsattes helsetilstand, med mangel på sanseinntrykk og muligheter til å ivareta seg selv. Det var heller ikke dokumentert at innsatte fikk mat gjennom gulvluka og ikke hadde mulighet til å ivareta egen hygiene. De fysiske og hygieniske forholdene kan ha helsemessige konsekvenser for de innsatte, og det er derfor viktig å journalføre de fysiske forholdene tvangsmiddelbruken medfører for den innsatte.

Samlet ga funnene inntrykk av at helsetjenestene ikke aktivt og selvstendig vurderer om bruk av isolasjon og sikkerhetscelle kan være helseskadelig for den aktuelle innsatte.

4.4 Rollebevissthet og uavhengighet

Det er et grunnleggende prinsipp at helsepersonell ikke skal være involvert i fengselets tvangsbruk, men følge opp skadevirkninger med helsehjelp og dokumentasjon. Dette gjør at det er viktig at helsepersonell har god rolleforståelse og arbeider under forutsetning av å være faglig uavhengig av fengselet.

I fengsel skal helsepersonell ivareta den samme rollen som ute i samfunnet; yte helsehjelp og ikke skade. I tillegg er det helsepersonells ansvar å melde fra hvis fengselsforholdene gir risiko for helseskader, eller hvis innsatte utsettes for maktbruk som har gitt eller kan gi helseskader.

► Funn 12: Når helsepersonell ikke melder fra

Helsepersonell skal varsle fengselets ledelse om forhold som kan være helseskadelige og innebære brudd på innsattes rett til helse.⁶¹ Helsepersonell har også plikt til å varsle tilsynsmyndighetene om forhold som er av betydning for pasientenes sikkerhet.⁶² I flere tilfeller har innsatte med store og alvorlige behov hatt svært belastende soningsforhold uten at det er blitt meldt fra om dette. Dette omfatter både somatiske og psykiske helseutfordringer.

Virksomheter som yter helsetjenester, er pliktig til å varsle svært alvorlige hendelser til Statens helsetilsyn og Statens undersøkelseskommisjon for helse- og

61 Mandelareglene (2015). Regel 33 og 35. Se også Konvensjonen om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (1966), artikkel 12.

62 Se Helsepersonelloven § 17.

omsorgstjenesten.⁶³ Selvmord eller selvmordsforsøk skal alltid meldes dersom det skjer mens en pasient mottar helsehjelp eller kort tid etter kontakt med helsetjenesten. Vår undersøkelse av selvmord og selvmordsforsøk fra 2022 viste at helsetjenestene i fengsel i altfor liten grad melder ifra om selvmord og selvmordsforsøk.⁶⁴

► Funn 13: Helsepersonell risikerer å godkjenne fengselets tvangsbruk

I enkelte tilfeller har helsepersonell vært involvert i å gi råd til fengselet om innsettelse på forsterket celle, sikkerhetscelle og sikkerhetsseng. Dette er i strid med deres uavhengighet og rolle som helsepersonell. Vi fant også tilfeller hvor helsepersonell hadde skrevet, både i egen journal og i fengselets tilsynsprotokoll, at de anså oppholdet på sikkerhetscelle «som forsvarlig». Helsepersonell skal hverken godkjenne eller anbefale bruk av tvangsmidler overfor kriminalomsorgen (se også Funn 16: Mangler i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen).⁶⁵

► Funn 14: Manglende dokumentasjon av skader som følge av uforholdsmessig maktbruk

Dokumentasjon og innrapportering av skader som en innsatt kan ha blitt påført under pågrepelse, i arresten eller under fengslingen, er en viktig rettssikkerhetsgaranti og bidrar til å redusere risikoen for umenneskelig behandling.⁶⁶ Dette er en oppgave som krever oppmerksomhet, kompetanse og rollebevissthet hos helsepersonell.

Ikke alle helseavdelingene sikret at det ble undersøkt om det var oppstått skader i forbindelse med innsettelse. Flere helseavdelinger hadde ikke tilgang til kamera for å dokumentere skader som kunne ha oppstått under pågrepelse, innsettelse eller i forbindelse med overføring fra andre fengsler. Flere hadde også lav oppmerksomhet om ansvaret for å avdekke uforholdsmessig maktbruk. CPT har gjentatte ganger kritisert norske myndigheter for et mangelfullt system for å dokumentere skader, og mener at det er høy risiko for at slike skader ikke blir oppdaget og undersøkt i norske fengsler.⁶⁷

Noen innsatte i norske fengsler har vært utsatt for tortur og umenneskelig behandling i utlandet. Torturerfaringer kan føre til fysiske og psykiske helseplager som gjør livet i fengsel spesielt vanskelig. I tillegg kan innsatte med torturerfaringer ha særlige rettigheter til blant annet rehabilitering.⁶⁸ Helsepersonell hadde gjennomgående lav kompetanse og lav oppmerksomhet på dette området.

63 Helse- og omsorgstjenesteloven §12-3a, Spesialisthelsetjenesteloven § 3-3a, jf. Lov 16. juni 2017 nr. 56 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesteloven mv. (helsetilsynsloven) §6.

64 Sivilombudet (2022). Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel: En undersøkelse under OPCAT-mandatet, s. 20-21.

65 Mandelareglene (2015). Regel 46.1

66 CPT (2025). Healthcare in prison: Prison standard, CPT/Inf 2025 (37), avsnitt 15-24; CPT (2013). Documenting and reporting medical evidence of ill-treatment, utdrag fra CPTs 23. årsrapport (2013). CPT/Inf(2013); FNs underkomité for forebygging, rapport etter besøk til Maldivene, (2009) CAT/OP/MDV/1, side 6, avsnitt 112.

67 CPT (2025). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2025) 3, avsnitt 110 og 114 og CPT (2019). Rapport etter besøk til Norge, CPT/Inf (2019), avsnitt 91-95.

68 FNs konvensjon om tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling (torturkonvensjonen), art. 14, slår fast at offeret for en torturhandling har rett til en rettferdig og rimelig erstatning som kan håndheves, herunder midler for en så fullstendig rehabilitering som mulig.

4.5 Organisatoriske forhold som påvirker innsattes helsebehov

Det er kommunens ansvar å tilby helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.⁶⁹ Kommuner med fengsler får årlige tilskudd over statsbudsjettet til helse- og omsorgstjenester til innsatte.⁷⁰ Det er opp til den enkelte kommune hvordan den organiserer helse- og omsorgstjenestene til innsatte i fengsel. Både De europeiske fengselsreglene og Mandelareglene understreker at helsetjenestene til innsatte skal holde samme standard som de som er tilgjengelige utenfor fengsel. De må også være organisert i tett samarbeid med øvrige offentlige helsetjenester på en slik måte at det sikres kontinuitet i behandlingen.⁷¹

► Funn 15: Legevaktens oppfølging av isolerte innsatte er for svak

Utenom helseavdelingens åpningstider måtte som regel legevakt kontaktes ved behov for helsehjelp. Åpningstidene var stort sett dagtid mandag til fredag. I ett fengsel var helseavdelingen også åpen på dagtid i helg. Vår erfaring er at måten kommunen har organisert seg på for å sikre helsetjenester utenom helseavdelingens åpningstid, er avgjørende for om isolerte innsatte får den oppfølgingen de skal ha. Organiseringen av de kommunale helse- og omsorgstjenestene kan påvirke hvordan, og om, de isolerte innsatte får nødvendig oppfølging. Noen ganger er helseavdelingen i fengsel organisert direkte under legevakten, andre ganger som egne enheter i kommunen, med tett eller bare helt sporadisk samarbeid med legevakten.

Stort lederspenn, høy gjennomtrekk blant ansatte og samhandlingsutfordringer mellom ulike enheter i kommunen kan påvirke samarbeid mellom helseavdelingen i fengsel og legevakt. Legevakten må ha ressurser og kunnskap til å vurdere når det er nødvendig å oppsøke innsatte i fengselet, for eksempel ved tilsyn på sikkerhetscelle. Vi har sett flere eksempler på at legevakten ikke kommer på tilsyn, fordi de vurderer at behovet for akutt helsehjelp ikke er til stede. Internasjonale minstestandarder for helseoppfølging av innsatte fastsetter at tilsyn bør skje daglig (se Funn 9: Mangel på tilsyn med isolerte innsatte), uavhengig av hvordan helsetjenestene i det enkelte land er organisert.

► Funn 16: Mangler i samarbeidet mellom primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen

Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjelder for innsatte som for andre.⁷² 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 i oppdrag å utarbeide en plan for etablering av en områdefunksjon for spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB). Denne skal sikre stedlige spesialisthelsetjenester til de innsatte i fengsel.

Det var stor variasjon i tilstedeværelsen fra spesialisthelsetjenesten i de ni fengslene hvor vi undersøkte dette. I flere fengsler påvirket vakanser og utskiftninger i personalgruppa tilbudet til de innsatte negativt.

Det var også stor variasjon i samarbeidet mellom den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, og om spesialisthelsetjenesten ga veiledning til helseavdelingen.⁷³ Enkelte steder ga spesialisthelsetjenesten fast gruppeveiledning til ansatte i fengselet om f.eks. selvmordsrisiko og psykose.

Helsepersonell som jobber i fengsel, er avhengige av informasjon fra fengselet for å kunne utføre sine arbeidsoppgaver. Dette forutsetter et løpende og strukturert samarbeid mellom helsetjenesten og fengselet på alle nivåer, fra det daglige, pasientnære arbeidet og helt opp på ledelsesnivå. Samtidig har helsepersonell et ansvar for å ivareta sin uavhengighet overfor fengselet og ivareta egen rolle som helsepersonell i møte med de innsatte. Tett og kollegialt samarbeid mellom helsepersonell og fengselsbetjenter kan være positivt, men det kan også føre til «husblindhet» og uheldig rollesammenblanding.

69 Helse- og omsorgstjenesteloven, §3-9.

70 Helsedirektoratet (2019). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel – Årsrapport 2018.

71 De europeiske fengselsreglene (2020). Rec(2006).2-rev, regel 40.1, 40.2, 40.3 og 40.4; Mandelareglene (2015). Regel 24.1 og 2.

72 Pasient- og brukerrettighetsloven §2-2.

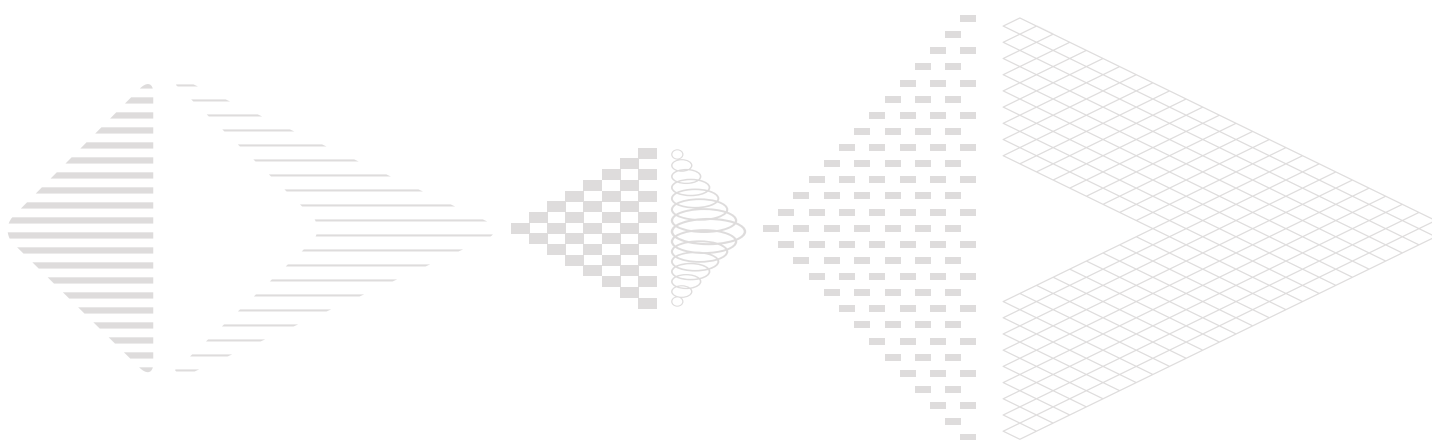
73 Veiledningsplikten spesialisthelsetjenesten har overfor kommunale helse- og omsorgstjenester følger av Spesialisthelsetjenesteloven.

Medisinutdeling reiser særlige utfordringer. I de fleste tilfeller får innsatte av sikkerhetsmessige årsaker ikke oppbevare og administrere medisiner selv. Medisinene blir da klargjort av helsepersonell og levert til fengselsbetjentene, som gir dem til innsatte. En slik ordning innebærer risiko for svikt i flere ledd.

I et flertall av fengslene vi undersøkte, observerte vi at medisiner ble oppbevart ulåst på betjentenes vaktrom. Dette øker risikoen for at medisiner kommer på avveie, og gjør det samtidig vanskelig å finne ut hva som har skjedd ved feil i dosettene. Det forekom generelt mange medisinavvik i flere av fengslene vi besøkte. I materialet vi har gjennomgått, så vi eksempler på at innsatte hadde fått medisiner som tilhørte andre innsatte, og at en innsatt hadde klart å ta overdose med oppsamlede medisiner. I noen fengsler ble medisinutdeling gjort i fellesarealene og med flere innsatte til stede. Dette kan føre til risiko for trusler mot innsatte som får utdelt f.eks. beroligende eller sentralstimulerende medisiner, og for at medisinsk informasjon kommer på avveie. Helseavdelingen skal gi opplæring i medisinbehandling til fengselet, og må følge med på og veilede fengselet dersom de får kjennskap til at det forekommer feil i medisinbehandling.

CPT har i sin rapport fra 2025 vært kritisk til organiseringen av helsetjenestene til innsatte i fengsel. Komiteen skriver blant annet at den har «sterke innvendinger» mot organiseringen og koordineringen av helsetjenestene i norske fengsler.⁷⁴ CPT beskriver utskifting av personell og manglende samhandling mellom ulike nivåer i helsetjenesten, flere journalsystemer og generelt manglende koordinering mellom tjenesteytere som hovedutfordringer.

Våre besøk har avdekket at det er behov for et tettere og mer systematisk samarbeid mellom helseavdelingen, spesialisthelsetjenesten og fengselet, både på ledernivå og i det daglige arbeidet. Et bedre samarbeid mellom partene kan redusere risiko for at innsattes helse tar skade av fengselsoppholdet, for eksempel gjennom felles prosjekter for forebygging, reduksjon av tvangsbruk og kompetanseheving. Manglende systematisk samarbeid får alvorlige konsekvenser for innsatte med særlig omfattende omsorgsbehov (se Funn 6: Mangel-full oppfølging av innsatte med omfattende helseutfordringer eller selvmordsrisiko). Våre funn og den internasjonale kritikken tyder på at myndighetene ikke har tatt tilstrekkelig innover seg kompleksiteten i de oppgaver en helsetjeneste for innsatte bør ivareta.



5. Tre hovedutfordringer for helsetjenestene til innsatte

Sivilombudets vurdering er at funnene vi beskriver i denne rapporten i stor grad henger sammen med tre overordnede utfordringer:

1. For lav kunnskap om innsattes helseproblemer og forholdene i fengsel

For det første er kompetansen blant helsepersonell for lav, både om innsattes helseproblemer og om forhold i fengslene som kan påvirke helsesituasjonen deres. Mangel på kunnskap bidrar blant annet til at de ikke sikrer daglig tilsyn med isolerte innsatte, eller følger opp bekymringer knyttet til soningsforhold eller uforholds-

messig maktbruk. Helsepersonell som yter helsehjelp i fengsel, må ha kompetanse på det som gjør innsattes helsesituasjon spesiell; kombinasjonen av høy sykkelighet, lav selvbestemmelse, bruk av tvangsmidler og omfattende isolasjon.

2. Helsetjenesten er ikke bemannet til å sikre de innsattes helserettigheter

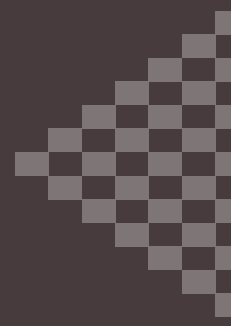
For det andre er bemanningen i den kommunale helse- og omsorgstjenesten som yter tjenester til innsatte, for lav for å yte de helsetjenestene som innsatte skal ha etter internasjonale minstestandarder. Helseavdelingene i fengsel er ikke tilstrekkelig bemannet til å jobbe med helseforebyggende arbeid, som isolasjonstilsyn, grundige inntakssamtaler, og oppfølging av de hvordan generelle soningsforholdene påvirker innsattes helse. I de aller fleste fengslene er

helseavdelingene ikke bemannet til å være til stede på kveld og i helg. Dette gir legevaktene et større ansvar, men de følger i liten grad opp innsattes behov utenom helseavdelingenes åpningstid. Dette bidrar til at isolerte innsattes behov ikke ivaretas av helsetjenestene. Vi ser også at bemanningssituasjonen i kriminalomsorgen medfører en risiko for at innsatte ikke får mulighet til å møte opp til helseavtaler utenfor fengselet.

3. For svakt samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten

For det tredje er samarbeidet mellom kriminalomsorgen, helse- og omsorgstjenestene og spesialisthelsetjenesten for svakt. Samhandlingen mellom ulike instanser i kommunen, mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, men også mellom helsetjenestene og kriminalomsorgen, må være organisert slik at innsatte får den helsehjelpen de har krav på. Dette er viktig

ved for eksempel flytting mellom fengsler, løslatelse og utskriving fra spesialisthelsetjenesten. Vi er særlig bekymret for at innsatte som er så alvorlig psykisk syke at de burde ha vært innlagt på sykehus, blir sittende i fengsel uten et tilstrekkelig behandlingstilbud, og uten at relevante instanser klarer å fange dette opp.





Sivilombudet 2026

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo

Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo

Telefon: 22 82 85 00

Grønt nummer: 800 80 039

E-post: postmottak@sivilombudet.no

www.sivilombudet.no