



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT | nr. 75

**Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt
og Ullersmo fengsel, avdeling Zulu øst**

13.–16. mars 2023



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



SIVILOMBUDET

Til:

Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Kriminalomsorgen region øst

Bydel Bjerke ved Helseavdelingen i Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Vår referanse
2023/779

Deres referanse

Vår saksbehandler
Aurora Geelmuyden

Dato
19.06.2023

Oversendelse av besøksrapport etter besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt og Ullersmo fengsel, avdeling Zulu øst 13.-16. mars 2023

Vi viser til Sivilombudets forebyggingsenhets besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt og Ullersmo fengsel, avdeling Zulu øst 13.-16. mars 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, kriminalomsorgen region øst, bydel Bjerke ved helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk gir tilbakemelding om oppfølgingen av rapportens funn og anbefalinger innen **1. oktober 2023**.

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

HELSE- OG OMSORGSDEPARTEMENTET

KRIMINALOMSORGSDIREKTORATET

HELSEDIREKTORATET

ROMERIKE FENGSEL, avdeling Ullersmo

AKERSHUS UNIVERSITETSSYKEHUS HF, v/Psykisk helsevern og rus divisjon

ULLENSAKER KOMMUNE v/Fengselshelsetjenesten, Romerike fengsel



SIVILOMBUDET

BESØKSRAPPORT

Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

og Ullersmo fengsel, avdeling Zulu øst

13.-16. mars 2023

Innholdsfortegnelse

I. Sivilombudets forebyggingsmandat	4
II. Sammendrag	5
III. Anbefalinger	10
1 Sentrale rettskilder om innsattes rettigheter	13
2 Kvinner i fengsel	15
3 Helsetjenester i fengsel	17
4 Gjennomføring av besøket	18
5 Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt	20
5.1 Fengsel	20
5.2 Helsetjenestene	21
6 Isolasjon: utelukkelse fra fellesskapet og plassering på sikkerhetscelle	22
6.1 Skadevirkninger av isolasjon	23
6.2 Innsattes adgang til fellesskap med andre innsatte	24
6.3 Isolasjon ved utelukkelse fra fellesskapet	26
6.3.1 Omfang.....	26
6.3.2 Vilkår for utelukkelse	26
6.3.3 Svake begrunnelser og utilstrekkelige vurderinger av alternativ til utelukkelse	27
6.3.4 Manglende tiltak for å forebygge skadevirkninger av isolasjon	28
6.3.5 Særlige tiltak ved langvarig isolasjon	30
6.4 Isolasjon på forsterket celle	31
6.5 Isolasjon på sikkerhetscelle.....	31
6.5.1 Omfang.....	31
6.5.2 Vilkår for bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetscellenes utforming.....	32
6.5.3 Svake begrunnelser og utilstrekkelige vurderinger av alternativ til sikkerhetscelle	33
6.5.4 Manglende oppfølging og vurdering av fortsatt behov for sikkerhetscelle.....	35
6.5.5 Langvarige opphold på sikkerhetscelle	36
6.5.6 Regionens vedtak om forlengelse av langvarig sikkerhetscelleopphold	39
6.5.7 Manglende tilgang til advokat på sikkerhetscelle.....	40
6.6 Samlet vurdering av bruk av isolasjon	40
7 Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord	43
7.1 Kraftig økning i selvskadingshendelser	44
7.2 Kartlegging av risiko	45
7.3 Forebygging ved selvmordsrisiko.....	46
7.4 Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko	47
7.5 Sikkerhetsseng ved selvskading og selvmordsrisiko	49
7.6 Selvmordet 11. mars 2023	51

7.7 Samlet vurdering av forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord	51
8 Soningsmiljøet	55
8.1 Manglende forutsigbarhet, trygghet og stabilitet	55
8.2 Å leve tett på andres lidelse.....	57
8.3 Uforholdsmessig maktbruk.....	58
9 Svikt i bemanning og ledelse	61
9.1 Manglende systemer og tydelig ledelse	61
9.2 Lav bemanning, høyt sykefravær og svakheter i opplæring og oppfølging av ansatte	62
9.3 Svake dokumentasjonsrutiner	65
9.4 Innsatte som fengselet mener av helseårsaker ikke bør være i fengsel.....	66
10 Innsattes rett til helsetjenester.....	69
10.1 Kriminalomsorgen og helsetjenestenes felles ansvar for å sikre innsattes tilgang til forsvarlige helsetjenester	70
10.1.1Daglig samarbeid mellom fengselet, helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk.....	70
10.1.2Overordnet samarbeid og tverretatlige systemer for å sikre helsetjenester	72
10.2 Svikt forårsaket av manglende samarbeid og mangelfulle felles systemer.....	73
10.2.1Medisinhåndtering.....	73
10.2.2Samtalelapper	74
10.2.3Manglende oversikt over avlyste og utsatte fremstillinger	75
10.2.4Flytting av innsatte mellom fengsler.....	76
10.3 Helseavdelingen (primærhelsetjeneste).....	77
10.3.1Kapasitet og kompetanse.....	77
10.3.2Helsekartlegging ved innkomst.....	77
10.3.3Helsetjenestens ansvar ved isolasjon av innsatte.....	78
10.3.4Journalføring	79
10.3.5Svikt i tilgang til helsetjenester - manglende kvinnelig lege	81
10.3.6Tilgang til helseinformasjon på et språk pasienten forstår.....	82
10.4 Poliklinikken (spesialisthelsetjeneste)	83
11 Flytting av innsatte til Ullersmo fengsel	85

I. Sivilombudets forebyggingsmandat

Forbudet mot tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff er slått fast i 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 dialog med nasjonale myndigheter, forvaltningens tilsynsorganer, sivilt samfunn og internasjonale menneskerettsorganer.

¹ Lov 10. juni 2022 nr. 38 om Stortingets ombud for kontroll med forvaltningen (sivilombudsloven) § 1, § 17, § 18 og § 19.

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

II. Sammendrag

Sivilombudet gjennomførte et uvarslet besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt (Bredtveit fengsel) og avdeling Zulu øst ved Ullersmo fengsel 13.-16. mars 2023.

Bakgrunnen for besøket var en økende bekymring for soningsforholdene ved Bredtveit fengsel og at flere av de kvinnelige innsatte ble akuttflyttet til Ullersmo fengsel for menn i januar 2023.

Sivilombudet har gjennom en rekke fengselsbesøk og i temarapporten *Kvinner i fengsel* (2016) uttrykt vår bekymring for at kvinnelige innsatte samlet sett har et dårligere soningstilbud enn menn. Nyere forskning viser også at andelen kvinner som ble innsatt i fengsel med psykiske helseutfordringer har økt betydelig i perioden 2010-2019.

Besøket vårt avdekket kritiske og livstruende forhold for de innsatte ved Bredtveit fengsel. Alvoret i situasjonen og behovet for hastetiltak gjorde at Sivilombudet varslet Justis- og beredskapsdepartementet om forholdene i et eget brev 23. mars 2023.

I tillegg til observasjoner og mer enn 50 intervjuer med innsatte og ansatte i fengslene og i primær- og spesialisthelsetjenesten under besøket, baserer denne rapporten seg på et omfattende skriftlig materiale, herunder rutiner, vedtak, protokoller, vaktjournal og løpende journal fra fengselet og helsejournaler og rutinebeskrivelser fra helsetjenestene.

Sivilombudets besøk avdekket store svikt både ved Bredtveit fengsel, Kriminalomsorgens regionkontor og i fengselshelsetjenesten. Dette har fått alvorlige konsekvenser for enkeltinnsatte og for fengselet som helhet. At de kritikkverdige forholdene ikke har vært fulgt opp i tilstrekkelig grad av overordnede myndigheter gir grunn til uro for at forholdene ved Bredtveit fengsel også reflekterer bredere utfordringer i kriminalomsorgen som helhet.

Ulovlig bruk av svært inngripende isolasjon

Isolasjon kan gi helseskader selv etter kort tid, og de negative helseeffektene kan vedvare lenge etter at isolasjonen er avsluttet. Personer som er unge, har psykiske plager eller utviklingshemning, er særlig utsatt for å utvikle skader fra isolasjon. I perioden 2018-2022 hadde fengselet registrert en dobling av innsatte som ble isolert på egen celle (fra 36 innsatte i 2018 til 77 innsatte i 2022).

Siden 2018 har fengselet mer enn tredoblet antallet innsettelse på sikkerhetscelle, den mest inngripende formen for isolasjon et fengsel kan sette i verk (fra 27 vedtak i 2018 til 92 vedtak i 2022). En sikkerhetscelle er en glattcelle med kun en plastmadrass og et toalett i gulvet. Mat og vann skyves inn gjennom en luke ved gulvet og det er ikke mulig for den innsatte å vaske seg. Det meste av kommunikasjonen mellom den innsatte og ansatte foregår gjennom små luker eller pleksiglass. På en sikkerhetscelle er den innsatte fratatt tilnærmet all kontroll over eget liv, langt utover det som følger av fengslingen i seg selv.

En overvekt av vedtakene om sikkerhetscelle som vi gikk gjennom, tilfredstilte ikke lovens krav. Flere hendelsesforløp viste manglende forebygging av konflikter, trusler eller utageringer som kunne vært forutsett. Dette kunne handle om stress og bekymring i forbindelse med kommende rettsmøter eller frustrasjoner over manglende aktivitet og fellesskap som bidro til ytterligere eskalering som så ble håndtert med at den innsatte ble plassert på sikkerhetscelle. I mange tilfeller ble innsatte båret fra fjerde etasje til sikkerhetsavdelingen som lå i forlengelsen av første etasje, iført håndjern.

Det skal etter loven være en løpende vurdering av om bruken av sikkerhetscelle er strengt nødvendig, og oppholdet skal avsluttes så fort dette ikke lenger er tilfelle. Gjennomgående fremstod fengselets arbeid med å sikre dette som svært mangelfullt. Vi så flere eksempler på at det allerede om ettermiddagen ble fattet beslutning om at den innsatte måtte bli på sikkerhetscellen til neste dag. I noen av disse tilfellene ble den innsatte beskrevet som rolig da beslutningen ble fattet og det var ingenting i dokumentasjonen som tilsa at den innsatte fortsatt måtte være på sikkerhetscellen.

Også fengselets arbeid med å forebygge negative helseeffekter av isolasjon var mangelfullt. Vi fant nesten ingen dokumentasjon på at innsatte som var utelukket fra fellesskapet (isolasjon på egen eller forsterket celle) hadde fått tilbud om sosial kontakt som oppfylte minimumskravet om to timers meningsfull menneskelig kontakt i døgnet. Vi fant heller ikke eksempler på at innsatte på sikkerhetscelle hadde fått komme ut i frisk luft, heller ikke når de var der over flere dager. Det var et ressursteam ved fengselet som skulle arbeide for å forebygge isolasjonsskader ved å følge opp og aktivisere enkeltinnsatte. Ressursteamet gjorde et viktig arbeid, men hadde liten kapasitet og kunne derfor ikke møte behovene til isolerte innsatte ved fengselet.

Besøket og etterfølgende dokumentasjonsgjennomgang avdekket at fengselet ikke etterlever kravet om at isolasjon kun skal brukes i ekstraordinære tilfeller, som en siste utvei og for så kort tid som mulig. Gjennomgående så det ut til at fengselet hadde lav forståelse for den store helserisikoen som isolasjon kan forårsake og for grensene lovverket setter. Heller ikke Kriminalomsorgen regionskontor øst, som er nærmeste ansvarlig for straffegjennomføringen på Bredtveit, synes å ha fanget opp disse forholdene.

Omfattende og alvorlig svikt i arbeidet med å forebygge selvmord og selvskading

Mellom 2018 og 2022 registrerte Bredtveit fengsel en tyvedobling av selvskadingshendelser. I 2022 var det registrert 145 selvskadingshendelser knyttet til 14 innsatte. Til tross for dette, hadde ikke fengselet systemer for å avdekke og følge opp risiko for selvskade og selvmord, både ved innkomst og underveis i fengselsoppholdet. Da vi ba om fengselets tiltaksplaner for å forebygge selvmord og selvskading for perioden januar 2022 til mars 2023 mottok vi én plan.

Det er godt dokumentert at isolasjon kan øke risikoen for selvmord, selvskading og utviklingen av alvorlige psykiske lidelser. Fengselet håndterte i stor grad selvskading og uttrykk for selvmordsfare med isolasjon og tvang. En gjennomgang av vedtak om bruk av sikkerhetscelle i en utvalgt periode, viste at 16 av totalt 23 vedtak ble fattet som følge av bekymring for selvskading og selvmordsfare.

Vi fant en u hensiktsmessig og tilsynelatende rutinemessig eskalering av inngripende tiltak: fra utelukkelse fra fellesskapet på egen celle til plassering på sikkerhetscelle og i noen tilfeller videre til sikkerhetsseng. Fengselets bruk av sikkerhetsseng (belteseng) hadde økt fra to tilfeller i 2018 til 26 tilfeller i 2022. Bruken av isolasjon og inngripende tvang ovenfor innsatte i krise kan redusere sannsynligheten for at de deler informasjon om sin psykiske helse og selvmordstanker med ansatte.

Det er mye som tyder på at Bredtveit i senere år har hatt flere enkeltinnsatte med alvorlige psykiske helseutfordringer enn tidligere. Fengselet pekte gjennomgående på helseavdelingen og poliklinikken når det gjaldt ansvaret for å ivareta denne gruppen, som ofte også var selvmordsnære og selvskadende. Det var samtidig liten bevissthet om hvordan fengselets egen drift, soningsforhold og bruk av isolasjon påvirket alle innsatte og kunne øke risikoen for psykisk uhelse, selvskading og selvmord.

Fengselets arbeid for å forebygge selvmord og selvmordsrisiko framstod samlet sett som mangelfullt, usystematisk og lite kunnskapsbasert. Dette bidrar til å øke risikoen for at fengselet ikke ivaretar sine forpliktelser til å sikre innsattes rett til liv.

To dager før Sivilombudets besøk tok en av de innsatte sitt eget liv. Dokumentasjon om soningsforholdene og helseoppfølgingen av denne innsatte, avdekket et behov for endringer både av fengselets arbeid med selvmordsforebygging, og evaluering og læring i etterkant av at en innsatt tar sitt eget liv. Av hensyn til taushetsplikten beskriver vi ikke resultatene av denne undersøkelsen i nærmere detalj i rapporten. En gjennomgang og vurdering er blitt delt med fengselet, helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk. Tilsynsrådet for Bredtveit fengsel ble ikke varslet om hendelsen.

Svært belastende soningsforhold

De fleste innsatte vi snakket med ga uttrykk for sterk frustrasjon og bekymring over soningsforholdene og opplevde hverdagen som uforutsigbar. Mange innsatte viste til stadige utskiftning av betjenter og høy bruk av vikarer som gjorde det vanskelig å etablere positive relasjoner med de ansatte i fengselet. Den omfattende bruken av utelukkelse og ikke minst sikkerhetsceller, hadde negative konsekvenser for resten av fengselet.

Mange innsatte fortalte at det var en stor tilleggsbelastning å sone tett på innsatte som skadet seg selv og som strevde med psykiske lidelser. De fortalte om lange perioder der de hørte lyder av innsatte som dunket hodet i gulv eller vegger, sparket i celledører og inventar, eller skrek og gråt høylytt. Flere fortalte at deres egen psykiske helse hadde blitt betydelig forverret av å leve tett på andres lidelse på denne måten. I noen tilfeller så innsattes opplevelse av utrygghet og mangel på stabilitet i seg selv til å utløse situasjoner som endte med plassering på sikkerhetscelle.

Ansattes opplevelse av stress, maktesløshet og tidspress øker risikoen for uforholdsmessig maktbruk. Det var åpenbart at ansatte arbeidet under svært krevende forhold, og med svært lav bemanning. Besøket avdekket flere eksempler på uforholdsmessig maktbruk overfor de innsatte. Det ble funnet hendelser der stor fysisk maktanvendelse hadde ført til skade, en innsatt ble fratatt madrass og måtte sove på betonggulvet på sikkerhetscellen over flere døgn, og også flere tilfeller av trusler om maktbruk.

Kritisk svikt i bemanning og ledelse

Mange av forholdene Sivilombudet avdekket, syntes direkte forårsaket av svakheter i bemanningen og ledelse av fengselet.

Bemanningen av fengselet var så lav at uplanlagt fravær fikk alvorlige konsekvenser for driften og dermed gikk direkte utover de innsatte. Det var tydelig at bemanningsutfordringer førte til avlysning av rehabiliterende tiltak som aktivisering, tilgang til frisk luft, meningsfull menneskelig kontakt og aktiviteter. Ressursteamet ble i flere tilfeller trukket inn i daglig drift og fikk dermed ikke ivarett sitt oppdrag om å forebygge langvarig isolasjon for kvinnelige innsatte med alvorlige psykiske lidelser.

På flere viktige områder manglet det rutiner og systematikk for å sikre at planer ble lagt og viktige oppgaver knyttet til fengselsdriften ble gjennomført. Det manglet blant annet et systematisk arbeid for å håndtere de omfattende og stadig økende utfordringene med selvskading og tvangsbruken dette resulterte i. Samtaler med ansatte avdekket stor og gjennomgående usikkerhet om HMS-arbeid

og hvordan avvik ble fulgt opp. Det manglet også rutiner for god oppfølging av ansatte som over lang tid opplevde store belastninger. Veiledning og støtte til ansatte framstod som usystematisk og mangelfull.

Vi fant alvorlige hull i fengselets dokumentasjon, for eksempel om bruk av cellefengsel (innlåsing av alle innsatte) og av inntakssamtaler og selvmordsrisiko.

Ansatte i kriminalomsorgen har i mange sammenhenger påpekt at det er innsatte som på grunn av ulike former for sykdom, eventuelt i kombinasjon med et lavt funksjonsnivå, ikke burde være i fengsel. Fengselet syntes likevel i for liten grad å ha utnyttet sitt handlingsrom for å påvirke varetektsplasseringer i fengselet eller innleggelse i psykisk helsevern.

Betydelige svakheter i helsetilbudet til de innsatte

Den kommunale helseavdelingen (bydel Bjerke), fengselspsykiatrisk poliklinikk og fengselet beskrev at de hadde et godt samarbeid. Det var samtidig påfallende forskjeller i hvordan de beskrev forholdene i fengselet. Helsetjenestene hadde ikke uttrykt bekymring for bruk av sikkerhetscelle eller belteseng overfor innsatte som skadet seg selv eller ble opplevd som selvmordnære, selv om omfanget av slike tvangstiltak hadde økt voldsomt og fengselsledelsen beskrev dette som en sentral utfordring. Ledelsesnivået i de to helsetjenestene og fengselet hadde ikke regelmessige møter sammen og vi fant ingen spor av overordnet samarbeid for å fremme helsesituasjonen for de innsatte i fengselet.

Helseavdelingens oppfølging av isolerte innsatte var mangelfull. Avdelingen vurderte ikke selvstendig de helsemessige konsekvensene av bruk av isolasjon og sikkerhetscelle for enkeltinnsatte. De hadde ingen overordnet oversikt over hvor lenge innsatte var isolert og hva som var årsaken til isolasjonen, heller ikke der isolasjonen var begrunnet med selvmordsfare. Vi fant ingen systematisk kartlegging av isolasjonsskader. Videre manglet avdelingen rutiner for tilsyn ved utelukkelse og ved bruk av sikkerhetscelle. Det var ikke noe som tydet på at de gjennomførte daglig tilsyn med innsatte som var utelukket fra fellesskapet, selv om Helsedirektoratets veileder stadfester at dette skal skje.

Medisinbehandlingen ved Bredtveit fengsel var uforsvarlig, og utgjorde en risiko for de innsattes pasientsikkerhet. Medisinene ble oppbevart ulåst på betjentenes vaktrom, og det ble ikke laget oversikt over hvilken innsatt som hadde fått utlevert medisin. Vi så flere eksempler på at disse forholdene hadde gitt risiko for forgiftning og feilbehandling. I tilfeller der betjentene kontaktet helseavdelingen for å få flere medisiner etter at noen var forsvunnet, ble det ikke oppgitt årsak til svinnet eller meldt avvik.

Helseavdelingens journaler inneholdt sjelden oppsummeringsnotater eller referat fra samarbeidsmøter med eksterne instanser, heller ikke ved de lange og sammensatte pasientforløpene. Dokumentasjon av relevant og nødvendig helseinformasjon var mangelfull og vilkårlig, og det manglet oversikt over innsattes behandlingsplaner. Når for eksempel legevakt hadde hatt tilsyn på en innsatt på sikkerhetscelle, fant vi ikke spor av at vurderingen ble fulgt opp eller notert i helseavdelingens journal. Videre fant vi eksempler på at viktig informasjon, som for eksempel oppgaver oversendt fra fengselspsykiatrisk poliklinikk, ikke var journalført.

Helseavdelingen hadde ikke tilbud om kvinnelig lege for innsatte som ønsket det. En rekke innsatte fortalte at de ikke ville la en mannlig lege undersøke seg, fordi de tidligere hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og vold. Noen fortalte at de opplevde press fra helseavdelingen om å si ja til at

den mannlige legen skulle undersøke dem. Helseavdelingens manglende tilrettelegging for innsatte som ønsket kvinnelig lege reduserte innsattes tillit til helsetjenesten og økte risikoen for at nødvendige undersøkelser ikke ble gjennomført.

En gjennomgang av journaler fra fengselspsykiatrisk poliklinikk viste at disse generelt var grundige, inkludert kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko. Det ble brukt telefontolk/videolink ved behov, og det forelå referater fra samarbeidsmøter med eksterne og interne instanser. Poliklinikken formidlet generelt at de hadde god kompetanse og var godt bemannet for sine arbeidsoppgaver. Dette ble bekreftet ved dokumentgjennomgang.

Kritikkverdige forhold for kvinner som ble flyttet til Ullersmo fengsel

Sivilombudet er kritisk til beslutningen om å flytte kvinnelige innsatte til isolasjonsavdelingen Zulu Øst ved Ullersmo fengsel 27. januar 2023. Kvinnene ble plassert i et fengsel der det ikke forelå mulighet til å ha fellesskap. Dette skapte bekymring for om vilkårene for utelukkelse faktisk var til stede i den enkelte sak. Flyttingen medførte at fengselet ikke kunne ivareta sin plikt til å forebygge isolasjon da mulighet for å avslutte utelukkelsen ikke var praktisk gjennomførbare.

Videre fant vi det som svært uheldig at kvinnene ble flyttet til en avdeling der det i samme periode var plassert mannlige innsatte. Ettersom det var lytt mellom cellene på avdelingen, ble kvinnene utsatt for seksualisert språk og tilnærminger fra de mannlige innsatte. Celler og celleluker måtte konsekvent holdes låst for å unngå at mannlige og kvinnelige innsatte møtte hverandre. Det var ikke mulig for de kvinnelige innsatte å bruke gymsal eller den store luftegården i fengselet uten at de ble eksponert for mannlige innsatte.

III. Anbefalinger

Anbefalinger til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

Isolasjon og utelukkelse fra fellesskapet

- Fengselet bør å 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.
- Fengselet bør arbeide systematisk for å redusere bruken av isolasjon og forebygge negative helseeffekter av isolasjon. Fengselet bør arbeide med å ivareta innsatte som er særlig utsatt for negative helseeffekter ved isolasjon, herunder unge innsatte.
- Fengselet bør iverksette særlige tiltak for å hindre langvarig isolasjon, herunder sikre hyppige vurderinger av opprettholdelse og arbeid for tilbakeføring til fellesskapet.
- Fengselet bør sikre at alle isolerte innsatte tilbys minst to timer meningsfull menneskelig kontakt hver dag, og at det lages individuelle planer for å sikre at dette blir utført og dokumentert.
- Alle innsatte, inkludert de som er isolert, bør gis mulighet for minst én time opphold utendørs daglig.
- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle vedtak om isolasjon treffes med hjemmel i lov, og med en konkret begrunnelse som viser at lovens vilkår er oppfylt. Det skal alltid fremgå hvorfor isolasjon er strengt nødvendig. Isolasjonen skal vurderes løpende og opphøre straks vilkårene ikke lenger er oppfylt.
- Fengselet bør sikre at innsatte har utsyn til en klokke fra begge sikkerhetscellene.
- Fengselet bør finne en verdig løsning for utdeling av mat, drikke og sanitærartikler på sikkerhetscelle.
- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at innsatte som ønsker å kontakte advokat under opphold på sikkerhetscelle og i belteseng, får mulighet til det.

Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord

- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle innsatte kartlegges for selvmord- og selvskadingsrisiko, både ved innsettelse og underveis i fengselsoppholdet.
- 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. Isolasjon bør ikke brukes for å forebygge selvskading og selvmord.
- Sikkerhetssengen i fengselet bør avskaffes.
- Fengselet bør sikre at informasjon blant annet om innsattes psykiske plager og selvmordstanker i fengslingskjennelser og fra andre eksterne aktører følges opp på en systematisk måte.

Soningsmiljøet

- Fengselet bør arbeide systematisk for å sikre verdige soningsforhold for alle innsatte.
- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at ansatte ikke utøver uforholdsmessig fysisk maktbruk, herunder i forbindelse med flytting av innsatte.
- Fengselet bør tilby tolk ved innkomstsamtale til alle innsatte som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter. Under oppholdet i fengsel bør tolk brukes når viktig informasjon skal gis

eller innsatte ønsker å formidle informasjon til fengselet. Tilbud om og bruk av tolk bør dokumenteres.

- Fengselet bør tilrettelegge soningsforholdene for personer med ulike funksjonsnedsettelse, og sikre tilgang til nødvendige hjelpemidler.
- Fengselet bør sikre at mannlige ansatte ikke er til stede under kroppsvisitasjoner av innsatte.

Svikt i ledelse og bemanning

- Fengselet bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre systematisk oppfølging og ivaretagelse av ansatte på alle nivåer.
- Fengselet bør sikre at ansatte deltar på regelmessige opplærings- og kompetansehevingstiltak som styrker deres mulighet til å ivareta innsatte på god måte.
- Fengselet bør sikre at ressursteamet ikke brukes til å dekke opp manglende kapasitet i vaktplanen.
- Fengselet bør forbedre sine dokumentasjonsrutiner.
- Fengselet bør ha rutiner for hvilke virkemidler det skal bruke når fengselet mener at enkeltinnsatte ikke burde vært i fengsel.

Anbefaling til kriminalomsorgen region øst

- Kriminalomsorgen region øst bør iverksette tiltak for å sikre at de foretar selvstendige vurderinger av om vilkårene for fortsatt isolasjon er oppfylt. Vurderinger av forholdsmessighet ved langvarig isolasjon skal alltid omfatte individuelle sårbarhetsfaktorer.

Anbefalinger til bydel Bjerke, fengselspsykiatrisk poliklinikk og fengselet

- Bydel Bjerke, fengselspsykiatrisk poliklinikk og fengselet bør samarbeide om å iverksette lavterskel helsefremmende tiltak. Dette bør omfatte tiltak for å forebygge selvmord og selvskading, og for å sikre at innsatte ikke blir isolert dersom de skader seg selv eller vurderes som selvmordsnære.
- Fengselet og fengselspsykiatrisk poliklinikk bør samarbeide om å sikre at poliklinikkens kompetanse blir brukt til å veilede og undervise de ansatte i fengselet.
- Fengselet bør sikre at helsetjenestene får egnede lokaler.

Anbefalinger til bydel Bjerke og fengselet

- Bydel Bjerke og fengselet må sammen sikre systemer for forsvarlig medisinbehandling og oppfølging ved avvik.
- Bydel Bjerke og fengselet må sikre at kommunikasjon mellom innsatte og helseavdelingen skjer på en måte som ivaretar innsattes rett til fortrolighet.
- Bydel Bjerke og fengselet bør hver for seg holde oversikt over avlyste og utsatte fremstillinger til helsetjenester.
- Når innsatte besluttes flyttet til et annet fengsel må fengselet sikre at helsetjenesten involveres så fort som mulig, for å sikre overføring av pasientinformasjon etter samtykke fra pasienten.

Anbefalinger til bydel Bjerke

- Bydel Bjerke bør sikre forsvarlig journalføring.
- Bydel Bjerke bør sikre kartlegging og vurdering av helsebehov ved innkomst og senest innen 24 timer. Alle nye innsatte som kommer inn i fengselet etter arbeidstid bør få helsevurdering fra legevaktslege.
- Bydel Bjerke bør sikre kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, inkludert alvorlig og/eller gjentatt selvskading, både ved innkomst og underveis i fengselsoppholdet.
- Bydel Bjerke bør sikre daglig tilsyn og oppfølging av innsatte som er isolert, også de som er utelukket fra fellesskapet. Bydelen bør sikre en helhetlig oversikt over gjennomførte tilsyn, også når disse er gjennomført av legevakt.
- Bydel Bjerke bør føre en systematisk oversikt over alle innsatte som er isolerte, årsak til isolasjonen, hvor lenge isolasjonen varer og negative helseeffekter av isolasjonen.
- Bydel Bjerke bør ha en prosedyre som beskriver hvordan helseavdelingen skal melde om mangelfulle vilkår for god helseoppfølging, om helseskadelige forhold, og ved bekymring for soningsdyktighet.
- Bydel Bjerke bør sikre at innsatte får tilgang til kvinnelig lege.
- Bydel Bjerke bør sikre at pasienter med sammensatte, alvorlige eller langvarige helseproblemer får en helhetlig og koordinert oppfølging.
- Bydel Bjerke bør sikre kapasitet til å drive forebyggende og helsefremmende tiltak for de innsatte.
- Bydel Bjerke bør sikre at alle henvendelser fra innsatte til helseavdelingen og svar journalføres. Den innsatte bør få oppgitt tid for konsultasjon i svaret fra helseavdelingen.
- Bydel Bjerke bør ha et kamera tilgjengelig slik at eventuelle skader på innsatte kan dokumenteres av helsepersonell i helsejournalen.
- Bydel Bjerke bør sikre mer systematisk bruk av tolk i samtaler med helsetjenesten.

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 Løvoll, 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 Mandela-reglene 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 Kvinner i fengsel

Kvinnelige innsatte utgjør omtrent fem prosent av fengselspopulasjonen i Norge. I 2022 utgjorde det i gjennomsnitt 174 personer.¹⁶

De kvinnelige innsatte skiller seg på gruppenivå noe fra mennene ved at en større andel er siktet eller dømt for alvorlige voldslovbrudd.¹⁷ Fra levekårsforskningen vet vi at fengselspopulasjonen generelt har dårligere levekår enn befolkningen ellers. Helsemessig sliter mange innsatte både med kroniske sykdommer, psykiske lidelser og rusproblematikk. Slike problemer har gjerne startet før soning, og inngår i et komplekst mønster av såkalt problemopphopning, som kan knyttes til faktorer som lavere utdanning og svakere tilknytning til arbeidsmarkedet, i tillegg til dårligere boforhold og sosiale nettverk.¹⁸ Også vanskelige oppvekstvilkår, som omsorgssvikt, overgrep og vold, har preget mange innsattes liv før de kom i fengsel. Ifølge en studie av innsattes oppvekstvilkår har fire av ti innsatte blitt mishandlet i oppveksten, og andelen er signifikant høyere blant personer som har sonet tidligere dommer (46 prosent) enn blant dem som soner for første gang (33 prosent).¹⁹

Mannlige og kvinnelige innsatte oppgir i like stor grad å ha blitt utsatt for fysisk og psykisk mishandling før soning, men en rekke undersøkelser viser at kvinner i betydelig større grad har vært utsatt for seksuelle overgrep.²⁰ Ifølge en studie gjennomført i tre kvinnefengsler i Norge hadde 57 prosent av de kvinnelige innsatte vært utsatt for seksuelle overgrep i voksen alder og 42 prosent hadde vært utsatt for seksuelle overgrep som barn.²¹

Forskning viser at kvinner i mye større grad enn menn sliter med angst og depresjon før soning. Mens halvparten av mennene oppgir å ha vært plaget av dette, gjelder dette tre fjerdedeler av de kvinnelige innsatte.²² En fersk norsk registerstudie fant at kvinnelige innsatte hadde høyere sannsynlighet for å ha hatt psykiske lidelser enn menn.²³ Studien viste også at kvinner var overrepresentert blant innsatte med ruslidelser og dobbeltdiagnoser (samtidig rus- og psykisk lidelse). Andelen kvinner som ble innsatt i fengsel med psykiske helseutfordringer har økt betydelig i perioden 2010-2019.²⁴

En betydelig andel kvinner (42 prosent) har forsøkt å ta livet sitt før de kommer i fengsel. Dette er dobbelt så mange som for menn (21 prosent).²⁵ Ettersom tidligere selvmordsforsøk nettopp er en av

¹⁶ Kriminal- og omsorgsdirektoratet (2022). Årsrapport 2022, s. 41.

¹⁷ Scharff, P. S. og Lundeberg, I.R. (2023). Kjønn, soningsforhold og helseutfordringer i fengsel. *Kritisk Juss* 49(1-2), 27–50.

¹⁸ Hellebust, M., Scharff, P. S, Lundeberg, I., m.fl. (2021). *Lengst inne i fengslet - Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp*. Likestillings- og diskrimineringsombudet, s. 32.

¹⁹ Revold, M. K. (2015). *Innsattes levekår 2014 før, under og etter soning*, Statistisk sentralbyrå, s. 15.

²⁰ Friestad, C., Rustad, Å. og Kjelsberg, E. (2014). Adverse childhood experiences among women prisoners: Relationships to suicide attempts and drug abuse. *International Journal of Social Psychiatry*, 60(1), 40-46; Hellebust, M., Scharff Smith, P., Lundeberg, I., m.fl. (2021), s. 40; Sivilombudsmannen (2016). *Kvinner i fengsel, en temarapport om kvinners soningsforhold i Norge*.

²¹ Amundsen, ML. (2010). Bak glemselens slør. *FONTENE Forskning*, 1(10), 4-15.

²² Amundsen, ML. (2011). Kjønnforskjeller i psykisk helse i norske fengsler. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7 (2), 3-15.

²³ Svendsen m.fl. (2023) Psychiatric morbidity among women in Norwegian prisons, 2010-2019: a register-based study. *BMC Psychiatry*, (23)390.

²⁴ Svendsen m.fl. (2023)

²⁵ Amundsen, ML. (2011). Kjønnforskjeller i psykisk helse i norske fengsler. *Nordisk Tidsskrift for Helseforskning*, 7 (2), 3-15.

de viktigste risikofaktorene for selvmord, er kunnskap om psykisk helse som tar hensyn til kvinners særlige erfaringer, av stor betydning for fengslenes arbeid med å kartlegge og forebygge selvskading og selvmord (se kapittel 7 *Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord*).²⁶

Ifølge Kriminalomsorgsdirektoratet (KDI) utøver en mindre gruppe kvinnelige innsatte omfattende selvskading, sammenliknet med menn. I 2022 oppgir KDI at 212 av totalt 266 tilfeller av selvskading ble utført av 23 kvinner.²⁷ Innsatte ved Bredtveit fengsel utgjør to prosent av fengselspopulasjonen, samtidig som 54 prosent av Kriminalomsorgens registrerte tilfeller av selvskading i 2022 ble rapportert fra dette fengselet.²⁸ Det knytter seg imidlertid noe usikkerhet til disse tallene, blant annet på grunn av ulik registreringspraksis i fengslene. Grenseoppgangene mellom hva som skal regnes som selvskading og selvmordsforsøk er usikre. Hvordan ulike episoder registreres avhenger i noen grad av hvordan handlingen forstås. For eksempel kan kjønnsstereotype, kulturelle forestillinger om kvinnelig passivitet og mannlig aggresjon føre til at destruktiv eller kriminell adferd fortolkes ulikt av fengselsbetjenter og helsepersonell.²⁹

En stor andel innsatte i norske fengsler er minoritetsspråklige. I 2021 var 23 prosent av alle innsatte ikke norske statsborgere med de tre mest representerte nasjonalitetene polske, litauiske og svenske.³⁰ For kvinnelige innsatte uten tilknytning til Norge oppleves omsorg for egne barn som spesielt utfordrende.³¹ Også mangelfulle tolketjenester kan påvirke tilgangen til helsehjelp og svekke de ansattes kunnskap om den enkelte innsatte.

²⁶ Zhong, S., Senior, M., Yu, R., m.fl. (2021). Risk factors for suicide in prisons: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public Health*, 6 (3), 164-174; Favril, L., Shaw, J. og Fazel, S. (2022). Prevalence and risk factors for suicide attempts in prison. *Clinical Psychology Review*, 97 (1), 102190.

²⁷ Kriminalomsorgsdirektoratet (2022). Årsmelding 2022, s. 39.

²⁸ Sivilombudets egen kartlegging, mars 2023.

²⁹ Yousef, O.I. (2022). Kjønn i kriminalomsorgen. En kvalitativ studie av forestillinger om kjønn, omsorg og kriminalitet blant fengselsbetjenter i Norge. Masteroppgave, NTNU, s. 41-42.

³⁰ Statistisk Sentralbyrå (2021) Tabell 10538: Nyinnsettelse, etter statsborgerskap. Hentet fra <http://ssb.no/statbank>

³¹ Sivilombudsmannen (2016). Kvinner i fengsel. En temarapport om kvinners soningsforhold i Norge, s. 15.

3 Helsetjenester i fengsel

Fengsler i Norge drives etter en modell hvor eksterne offentlige aktører som for eksempel helsetjenester, skole og bibliotek, leverer tjenester til de innsatte i fengslene (importmodell). De innsatte skal ikke tape andre rettigheter enn 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.³² Helsedirektoratet fremhever at helsepersonell som arbeider i fengsler skal ha særlig kompetanse på forhold som gjelder innsattes spesielle levekår, livssituasjon, funksjonsevne og helseproblemer, samt kjennskap til kriminalomsorgens oppgaver i fengsel.³³ Helsepersonell er bundet av et annet lovverk enn kriminalomsorgen, og skal ha en fri og uavhengig rolle.³⁴

Det er kommunen hvor fengselet ligger som har det administrative og faglige ansvaret for primærhelsetjenesten til de innsatte. Så langt det er mulig skal helsepersonell ha fast tilstedeværelse og helsetjenestene skal tilbys i egnede lokaler i det aktuelle fengselet. 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.

Rett til nødvendig helsehjelp i spesialisthelsetjenesten gjelder for innsatte som for andre, men det er en utfordring at spesialisthelsetjenester ikke er like tilgjengelige for innsatte i praksis. I 2020 ga Helse- og omsorgsdepartementet derfor 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 helsetjenester til de innsatte i fengsel.³⁵ Ved behov for spesialisthelsetjenester sender legen henvisning til det sykehuset kommunen normalt bruker. Polikliniske spesialisthelsetjenester innen psykisk helsevern og rusbehandling kan gjennomføres i fengselet, og enkelte poliklinikker (ofte kalt fengselspsykiatrisk poliklinikk) har fast tilstedeværelse i fengselet. Kriminalomsorgen har ansvar for at innsatte på dom kommer til timer i spesialisthelsetjenester utenfor fengselet mens politiet har ansvar for fremstilling for de som er på varetekt (se kapittel 10 *Innsattes rett til helsetjenester*).

Det er fylkeskommunen som finansierer og organiserer de offentlige tannhelsetjenestene. I de største fengslene vil det være egne tannklinikker med eget personell. I fengsler uten egne klinikker er det henholdsvis kriminalomsorgen og politiet som skal legge til rette for at innsatte kan fremstilles til tannklinikk utenfor fengselet.

Kriminalomsorgen har ansvar for at helse- og omsorgstjenesten og eventuelt tannhelsetjenesten i fengsel har egnede lokaler med tilpasset innredning.³⁶

³² St.meld. nr. 39 (2020-2021), punkt 2.1.

³³ 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.

³⁴ Se bl.a. Helse- og omsorgstjenesteloven, Psykisk helsevernloven, Helsepersonelloven, Veileder for helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, IS-1971.

³⁵ Helse Vest RHF ledet oppdraget fra Helse- og omsorgsdepartementet og ferdigstilte rapporten «Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon)», et samarbeid mellom KDI og RHF, 22. mars 2021.

³⁶ Helsedirektoratet (2016), s. 16.

4 Gjennomføring av besøket

Sivilombudets forebyggingsenhet gjennomførte et uvarslet besøk til Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt (heretter Bredtveit fengsel) 13.-16. mars 2023. Bakgrunnen for besøket var at det over lengre tid hadde vært en økende bekymring for situasjonen for de innsatte i fengselet. I februar 2023 ble det kjent at innsatte fra Bredtveit fengsel ble akuttflyttet til en avdeling ved Romerike fengsel, avdeling Ullersmo (heretter Ullersmo fengsel). Det ble derfor vurdert som riktig at vårt besøk også omfattet kvinnene som var plassert ved Ullersmo fengsel.

Da vi ankom Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt 13. mars 2023 omtrent kl. 12, ble vi informert om at det hadde skjedd et selvmord ved fengselet to dager tidligere, lørdag 11. mars. Vi innhentet da fengselets vurdering av situasjonen og informasjon om oppgaver og tiltak som skulle iverksettes de neste dagene. Basert på dette gjorde vi en grundig vurdering av om besøket likevel skulle gjennomføres de planlagte dagene, herunder hvilke tilpasninger vi kunne gjøre for å unngå at vårt besøk la hindringer i veien for fengselets og helsetjenestens håndtering av den krevende situasjonen. På bakgrunn av dette og i lys av Sivilombudets mandat som nasjonalt forebyggingsorgan og den risikovurderingen som utgjorde bakgrunnen for det uvarslede besøket, ble det besluttet å ikke avlyse eller utsette besøket. Fengselsledelsen ble informert om denne beslutningen og begrunnelsen for den, omtrent en time etter vår ankomst. Vi gjorde det også klart at vi ville tilpasse vår tilstedeværelse og innhenting av informasjon til den prekære situasjonen fengselet og de innsatte befant seg i.

Etter den innledende prosessen for å avklare gjennomføringen av besøket, ble det som planlagt gjennomført en befaring. Denne ble gjennomført av fem personer i besøksteamet og omfattet celler, fellesområder (som fellesrom på avdelingene, vaktrom og innkomst-, visitasjons- og besøkslokaler), sikkerhetsceller og noen av uteområdene. En befaring av øvrige uteområder, arbeidsdriften, gymsal og andre fellesskapsarenaer ble gjennomført noe senere i besøket. Det ble gjennomført enkelte samtaler med ansatte den første dagen, mandag. For å redusere belastningen av besøket for fengselet, ble det ikke gjort samtaler med innsatte denne dagen. Hele tirsdag og fram til klokken ca. 12:00 på onsdag, var besøksteamet delt i to slik at fem fortsatte besøket til Bredtveit fengsel, mens fire gjennomførte besøk til Ullersmo fengsel. Deretter ble besøket til Bredtveit fengsel ferdigstilt av et samlet besøksteam på ni.

Det ble til sammen gjennomført over 50 intervjuer. Disse omfattet innsatte, betjenter i ulike roller, fengselets ledelse, prest, den kommunale fengselshelsetjenesten og fengselspsykiatrisk poliklinikk. Som følge av situasjonen på Bredtveit fengsel under besøksdagene ble en rekke intervjuer også gjennomført i ukene etter 13.-16. mars. I etterkant av besøket ble det innhentet en stor mengde skriftlig dokumentasjon fra de to fengslene og helsetjenestene i begge fengsler.

Under besøket fant Sivilombudet forhold som var så alvorlige og akutte at vi vurderte det nødvendig å gjøre departementet umiddelbart oppmerksom på situasjonen. Det ble derfor sendt et brev til Justis- og beredskapsdepartementet 23. mars 2023 hvor Sivilombudet varslet om kritiske og livstruende forhold ved fengselet. Brevet er tilgjengelig på Sivilombudets nettsider (www.sivilombudet.no).

Kvinnene som var plassert i Ullersmo fengsel ble flyttet til et annet fengsel mandag 27. mars 2023, og på tidspunktet for offentliggjøring av denne rapporten var det ikke lenger kvinnelige innsatte ved

dette fengselet. Forholdene for kvinnene ved Ullersmo fengsel og selve flyttingen omtales i rapporten, men det gis ikke anbefalinger til fengselet.

Følgende personer deltok i besøket:

- Hanne Harlem (sivilombud)
- Helga Fastrup Ervik (avdelingssjef, jurist)
- Karin Fathimath Afeef (assisterende avdelingssjef, samfunnsviter)
- Aurora Lindeland Geelmuyden (seniorrådgiver, jurist)
- Tonje Østvold Byhre (seniorrådgiver, psykologspesialist)
- Johannes Flisnes Nilsen (seniorrådgiver, jurist)
- Anne Bitsch (seniorrådgiver, samfunnsviter)
- Jakob Mykland Revheim (rådgiver, jurist)
- Kristin Vegerstøl (ekstern ekspert, sykepleier)
- Øyvind Stople Sivertsen (ekstern ekspert, lege)

5 Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt

5.1 Fengsel

Bredtveit fengsel og forvaringsanstalt ligger i bydel Bjerke i Oslo, og er et landsdekkende fengsel for domfelte, forvaringsdømte og varetektsfengslede kvinner. Fengselet har en avdeling for lav sikkerhet, avdeling B2, med 19 plasser. Sivilombudets besøk gikk til avdelingen for høy sikkerhet, som i utgangspunktet har 45 plasser. Som følge av utfordringene ved Bredtveit fengsel var antallet plasser ved avdelingen med høyt sikkerhetsnivå i 2023 redusert til 40 plasser.

Byggene som huser høysikkerhetsavdelingen, ble bygget på begynnelsen av 1900-tallet og inneholder fire avdelinger.

Avdeling 4 har ni celler hvor de innsatte tilbringer mer tid utenfor cellen enn i de øvrige avdelingene. Avdelingen ligger i samme bygg som blant annet administrasjonen, besøksavdelingen og visitasjonsrommet.

Avdelingene 1-3 ligger i et eget tilknyttet bygg. Avdeling 1 ligger i andre etasje, avdeling 2 i tredje etasje og avdeling 3 i byggets fjerde etasje. Avdeling 3 hadde 12 celler, og er den mest restriktive avdelingen ved fengselet. Dette er en avdeling med lite fellesskap, hvor nyinnsatte, innsatte som var utelukket fra fellesskap og andre med spesielle behov satt. Avdeling 1 hadde 14 celler, og var avdelingen nyinnsatte normalt ble plassert på etter en periode på avdeling 3. Avdeling 2 hadde 10 celler, og var avdelingen der innsatte normalt ble plassert etter opphold på avdeling 1, og før eventuell overføring til avdeling 4. Sikkerhetsavdelingen ligger i et påbygg i forlengelsen av første etasje i dette bygget.

Cellene varierer i størrelse, og er som hovedregel utstyrt med en seng, skrivebord, TV og toalett. På avdeling 4 er cellene noe større, men mangler toalett. De innsatte på avdeling 4 har felles toalett i gangen. Dette innebærer at når de innsatte er innelåst på cellene må de ringe på callingen og vente på at betjentene låser ut til toalettet. Cellene har callinganlegg som brukes av de innsatte når de er låst inne på cellen, for å få kontakt med ansatte.

På avdeling 3 er to av cellene forsterkede. Det innebærer at madrassen er trukket i plast, TV-en er bak beskyttelsesglass og toalettet er i metall i stedet for knuselig porselen. Det er også satt opp pleksiglass, slik at gitteret som dekker vinduet er utilgjengelig for den innsatte, og vinduene lar seg dermed ikke åpne av den innsatte selv for å slippe inn frisk luft på cellen.

De to sikkerhetscellene lå i sikkerhetsavdelingen.. I den ene av sikkerhetscellene stod det en belteseng (sikkerhetsseng). Sikkerhetsavdelingen hadde også et vaktrom der det ble oppbevart rivesikre pledd/ponchoer, samt et rom med toalett og en dusj.

Ledelsen i Bredtveit fengsel består av fengselsleder, assisterende fengselsleder og inspektør. Det er en felles avdelingsleder for avdeling 1 og 2, og en felles avdelingsleder for avdeling 3 og 4. Avdelingslederne har personalansvar for betjentene. Assisterende fengselsleder er nærmeste leder og har personalansvar for blant annet vaktledere. Inspektøren er nærmeste leder og har personalansvar for blant annet avdelingslederne og teamleder for ressursteamet..

Vaktlederne ved Bredtveit fengsel har operativt ansvar for sikkerheten i fengselet, og fatter og skriver vedtak om utelukkelse fra fellesskap, overføringer til sikkerhetscelle og bruk av belteseng.

5.2 Helsetjenestene

Bydel Bjerke i Oslo kommune sørger for primærhelsetjenestene i Bredtveit fengsel. På besøkstidspunktet var det 3,6 sykepleierstillinger, 50 prosent stilling som lege, 10 prosent stilling som fysioterapeut. Sykepleierne var til stede mandag-fredag på dagtid, legen var til stede to faste dager i uken og fysioterapeuten én fast dag i uken. Legen var tilgjengelig for konferering i helseavdelingens åpningstid de dagene han ikke var på jobb. Alle sykepleierne var kvinner, mens legen og fysioterapeuten var menn.

Tannhelsetjenesten var representert ved tannlege som besøkte fengselet én gang i uken.

Fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Oslo universitetssykehus (spesialisthelsetjenesten) hadde fire ansatte. Disse omfattet en mannlig psykiater som var på Bredtveit fengsel én dag i uken og en kvinnelig psykologspesialist som var i fengselet fire dager i uken. I tillegg var to fagkonsulenter med mastergrad i psykologi ansatt som del av Nasjonalt ressursteam. Ressursteamet ble etablert i 2021, delvis med driftsmidler fra Helse- og omsorgsdepartementet, for å forebygge langvarig isolasjon for kvinnelige innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Psykologspesialisten delte sin tid mellom polikliniske oppgaver og ressursteamet. I tillegg til å tilby alminnelige polikliniske tjenester til de innsatte, hadde fengselspsykiatrisk poliklinikk «øyeblikkelig hjelp»-funksjon i åpningstiden mandag-fredag.

Tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB) ved Mortensrud DPS, Oslo universitetssykehus, var et nyoppstartet tilbud i fengselet én dag i uken. Det var ingen egen rusmestringsenhet i fengselet.³⁷

³⁷ Stifinneren er etablert ved fengselets avdeling for lav sikkerhet, avdeling B2. Fengselet opplyser at to miljøterapeuter jobber ambulant og med individuelle samtaler med innsatte som sitter i avdelingene på høy sikkerhet, til de har mulighet for å flytte til avdelingen for lav sikkerhet, avdeling B2.

6 Isolasjon: utelukkelse fra fellesskapet og plassering på sikkerhetscelle

Rettslige krav og standarder

Isolasjon i fengsel er et alvorlig, helseskadelig og inngripende tiltak og skal kun skal benyttes i ekstraordinære tilfeller, som en siste utvei og for så kort tid som mulig. Det innebærer at tiltaket må være strengt nødvendig, og må stå i et rimelig forhold til den skaderisikoen den innsatte utgjør eller selv er utsatt for.³⁸

Internasjonalt finnes det ulike definisjoner av begrepet isolasjon. I EMDs rettspraksis omtales isolasjon som situasjoner der innsatte holdes atskilt fra andre innsatte.³⁹ 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.⁴⁰ 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.⁴¹ Bakgrunnen for den strenge tidsgrensen er risikoen for at skadevirkningene av isolasjonen kan bli permanente etter så lang tid.⁴² FNs spesialrapportør mot tortur har anbefalt at bruk av isolasjon helt avskaffes overfor mindreårige og innsatte med nedsatt mental funksjonsevne.⁴³ Mangelfullt tilsyn med, og medisinsk oppfølging av, isolerte innsattes helsetilstand kan føre til krenkelse av EMK artikkel 3, og behandlingen av innsatte med store psykiske helseutfordringer vurderes strengt av domstolen.⁴⁴

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.⁴⁵ Alle innsatte, også de som holdes atskilt fra andre, skal ha mulighet til å tilbringe minst én time utendørs i fysisk aktivitet.⁴⁶ 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.⁴⁷

³⁸ 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.

³⁹ 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.

⁴⁰ Mandelareglene, regel 44 jf. regel 43.1b.

⁴¹ Mandelareglene, regel 45.2.

⁴² FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 2011, A/66/268, avsnitt 26.

⁴³ FNs spesialrapportør mot tortur, rapport til FNs generalforsamling, 2011, A/66/268, avsnitt 66. Se også Mandelareglene, regel 45.2, andre setning.

⁴⁴ EMD *Keenan mot Storbritannia*, klagenr. 27229, 4. mars 2001, avsnitt 109–116; EMD *Khider mot Frankrike*, klagenr. 39364/05, 9. juli 2007, avsnitt 119–122; EMD *Rohde mot Danmark*, klagenr. 69332/01, 21. juli 2005, avsnitt 99; EMD *Riviere mot Frankrike*, klagenr. 33834/03, 25. juli 2013, avsnitt 63; EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnitt 120.

⁴⁵ De europeiske fengselsreglene, regel 53A a. Ifølge De europeiske fengselsreglene er isolasjon, der den innsatte tilbringer 22 timer eller mer uten meningsfull menneskelig kontakt, bare tillatt som et disiplinært tiltak, se regel 60.6 c, samt kommentarene til regel 60.6 c, inntatt som vedlegg til anbefalingen, 20. februar 2020 (CM/2020) 17-add2.) I Norge er ikke isolasjon tillatt utfra disiplinære formål.

⁴⁶ EMD *Fenech mot Malta*, klagenr. 19090/20, 1. mars 2022; De europeiske fengselsreglene, regel 53A bokstav g; Mandelareglene, regel 23.1

⁴⁷ De europeiske fengselsreglene, regel 53A i.

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.⁴⁸ 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 det må komme fram av begrunnelsen at hensynene er grundig vurdert.⁴⁹ Begrunnelsen bør bli mer detaljert og overbevisende jo lenger vedtaket varer.⁵⁰

Norsk lovgivning inneholder en rekke bestemmelser som gir adgang til å isolere den innsatte. Disse bestemmelsene omtales nærmere nedenfor.

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.⁵¹ 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, panikk lidelse 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.⁵² Å bruke isolasjon som tiltak ved selvmordsfare er derfor svært problematisk (se kapittel 7.4 *Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko*).

I norske høysikkerhetsfengsler er plassering på sikkerhetscelle en spesielt inngripende form for isolasjon. Sikkerhetsceller har egenskaper som forsterker de skadelige elementene av isolasjon; det er glattceller med plastmadrass på gulvet og et toalett i gulvet. Utformingen av cellene kan medføre at den innsatte etter kort tid mister tidsbegrep og blir desorientert. Innsatte som plasseres på sikkerhetscelle blir fratatt det aller meste av egenkontroll, og er prisgitt ansatte for å ivareta alle sine behov. Såkalte forsterkede celler kan ha mange av de samme negative elementene (se kapittel 6.4 *Isolasjon på forsterket celle*).

Personer som fra før har psykiske plager eller utviklingshemning, er særlig utsatt for å utvikle skader fra isolasjon. Både nasjonal og internasjonal forskning viser at fengselsbefolkningen er en gruppe som er klart mer utsatt for dårlig psykisk helse. Størsteparten av alle innsatte har psykiske

⁴⁸ CPT (2011). 21st General Report, CPT/Inf 2011 (28), avsnitt 55 b; De europeiske fengselsreglene, regel 53.4.

⁴⁹ EMD *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagernr. 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; Se også De europeiske fengselsreglene, regel 53A b.

⁵⁰ Se note 49 over; De europeiske fengselsreglene, regel 53A f.

⁵¹ 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.

⁵² Se også Sivilombudsmannen (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på meningsfull menneskelig kontakt i norske fengsler, s. 24-29.

helseproblemer, og nyere forskningsfunn tyder på at dette i særlig grad gjelder kvinnelige innsatte (se kapittel 2 *Kvinner i fengsel*).

Med dette som utgangspunkt innebærer isolasjon en høy risiko for brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Vi viser til Sivilombudets særskilte melding om isolasjon og manglende meningsfull menneskelig kontakt i norske fengsler og til Stortingets behandling av denne.⁵³

6.2 Innsattes adgang til fellesskap med andre innsatte

Ifølge De europeiske fengselsreglene skal alle innsatte, både domfelte og varetektsfengslede, ha et tilfredsstillende daglig aktivitetstilbud.⁵⁴ Alle innsatte skal også få tilbringe så mange timer utenfor cellen som er nødvendig for å kunne ha et tilfredsstillende nivå av menneskelig og sosial samhandling.⁵⁵ CPT har anbefalt at innsatte som et minimum bør ha mulighet til å tilbringe åtte timer utenfor cellen hver dag, og til å drive med meningsfulle og varierte aktiviteter.⁵⁶ Retten til å ha sosial kontakt med andre mennesker er beskyttet av EMK artikkel 8.⁵⁷ Inngrep i innsattes fellesskap som ikke har tilstrekkelig grunnlag i nasjonal lov, eller som skjer på en unødvendig eller uforholdsmessig måte, kan komme i strid med artikkel 8.⁵⁸

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.⁵⁹ Det finnes ikke nasjonale regler for når og hvor lenge innsatte normalt skal kunne ha sosialt fellesskap.⁶⁰

Bredtveit fengsel hadde dagsplaner for når innsatte på ulike avdelinger skal låses inn og ut av cellene. Gjennomgående tydet dagsplanene på at innsatte ved alle fire avdelinger i utgangspunktet skulle ha anledning til å tilbringe mellom 10 og 14 timer i fellesskap hver ukedag.

Våre funn viste imidlertid at det daglige fellesskapet i praksis ofte kunne være betydelig kortere. Etter rutinene på avdeling 1 og 3, skulle innsatte som ikke deltok i arbeid eller undervisning være innlåst på dagtid. På de dagene denne rutinen ble fulgt, tilbrakte disse innsatte mindre enn fem timer utenfor cella. I helgene var alle innsatte innelåst på cellene sine mellom 16 og 17 timer av døgnet.

⁵³ Dokument 4:3 (2018-2019) 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».

⁵⁴ De europeiske fengselsreglene, regel 25.1.

⁵⁵ De europeiske fengselsreglene, regel 25.2.

⁵⁶ CPT (1992). 2. årsrapport fra 1992, CPT/Inf 1992 (3), avsnitt 47; CPT (2017). 26. årsrapport fra 2017, CPT/ Inf 2017 (5), avsnitt 58.

⁵⁷ 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 *Schneiter mot Sveits*, klagenr. 63062/00, 31. mars 2005, side 14.

⁵⁸ EMD *Munjaz mot Storbritannia*, klagenr. 2913/06, 17. juli 2012, avsnitt 80. I denne saken uttrykker EMD 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».

⁵⁹ Straffegjennomføringsloven, § 17.

⁶⁰ 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 av 15. juni 2023.

I etterkant av et tilsyn fra Arbeidstilsynet ble det i september 2022 innført en ny rutine for innlåsing av alle innsatte kl. 11-12 og kl. 17-18 hver dag for at betjentene skulle kunne avvikle pauser. Denne endringen opplevde flere innsatte som vanskelig, blant annet fordi det medførte at lunsjen måtte inntas alene på cella og ikke i et sosialt fellesskap på avdelingen. Innsatte meldte også om at disse endringene ga for knapp tid til å rekke viktige gjøremål som å dusje, spise frokost, gjøre i stand lunsj, få tilgang til vaskemaskin og bruke avdelingstelefonen.

De innsattes grunnleggende rettigheter til sosial kontakt og meningsfulle aktiviteter ble i tillegg innskrenket som følge av nedstengninger på grunn av manglende bemanning. Våre funn tydet på at flere av innlåsingene pågikk over lengre tidsrom i løpet av en dag, også uten at det ble truffet vedtak for dette.⁶¹

I vår dokumentgjennomgang gjorde vi også funn som tydet på at utelukkelse fra fellesskapet i noen tilfeller ble brukt som trussel av ansatte, for eksempel denne uttalelsen til innsatte i avdeling 3:

«Samtlige fått beskjed om at drittsslenging og støynivå skal være på minimum om det er ønskelig med fellesskap i helgen.»

Fengselet la fram åtte vedtak om kollektiv utelukkelse fra fellesskapet for perioden 1. mars 2022 til 31. mars 2023. Syv av vedtakene var begrunnet med lav bemanning, det siste var begrunnet i teknisk feil i overfallsalarmsystemet. De fleste av vedtakene manglet en tilfredsstillende begrunnelse for at bemanningsforholdene var «akutte», slik straffegjennomføringsloven krever. I vedtakene var det vist til feil hjemmelsgrunnlag, § 37 niende ledd, i stedet for åttende ledd. I § 37 åttende ledd går det uttrykkelig fram at de bemanningsmessige forholdene må være «akutte» for at kollektiv utelukkelse skal være i tråd med loven.⁶²

I tillegg viser fengselet til at i perioder med mange samtidige hendelser som har skapt uro og behov for å flytte personell, var det ved flere anledninger ikke blitt skrevet vedtak selv om innsatte faktisk var blitt utelukket av hensyn til å opprettholde ro, orden og sikkerhet over mer enn en time. Dette syntes å være tilfelle for flere episoder med nedstengning tidlig i 2023, uten at beslutningen var dokumentert i et vedtak som var blitt gitt til de innsatte som ble berørt (se kapittel 9.3 *Svake dokumentasjonsrutiner*). Uten vedtak med begrunnelse er det ikke mulig å vite om vilkårene for kollektiv utelukkelse fra fellesskapet var oppfylt.

I forbindelse med fengselets gjennomgang av om det var faktafeil i rapporten, mottok vi et brev fengselet hadde sendt til alle innsatte i mai 2022. I brevet ble de innsatte informert om at kriminalomsorgen befant seg i en svært krevende økonomisk situasjon, og at dette kunne bety at aktiviteter utgikk og/eller at innsatte måtte låses tidligere inn enn vanlig, hvis det ikke var nok bemanning. Dette bekrefter at det var snakk om vedvarende bemanningsutfordringer, som gikk utover de innsattes adgang til aktiviteter og fellesskap.

⁶¹ Innlåsing inntil én time regnes ikke som en utelukkelse, jf. Kriminalomsorgsdirektoratet (2008).

Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 37.1.

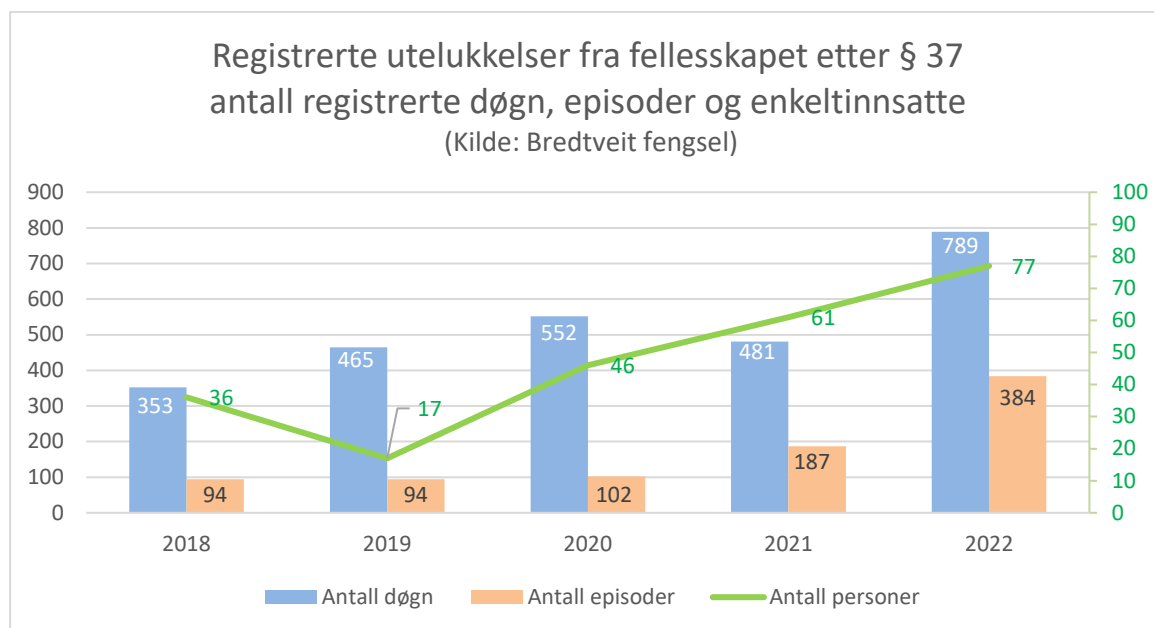
⁶² Se også Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, punkt 37.17, som bygger på at de bemanningsmessige forholdene også etter § 37 niende ledd må være akutte.

Sivilombudet understreker at gjeldende regelverk ikke tillater kollektiv utelukkelse på grunnlag av varige ressurs- eller bemanningsutfordringer.⁶³

6.3 Isolasjon ved utelukkelse fra fellesskapet

6.3.1 Omfang

Statistikk fremlagt av fengslet viste en betydelig økning i både omfanget,⁶⁴ antall episoder⁶⁵ og antall enkeltinnsatte som ble utelukket fra fellesskapet etter straffegjennomføringslovens § 37, i perioden 2018-2022.



Det var registrert 453 vedtak om hel eller delvis utelukkelse i tiden mellom 1. januar 2022 og 31. mars 2023, som var perioden Sivilombudet undersøkte. Vedtakene utgjorde ca. 925 døgn med isolasjon, og omfattet 80 innsatte.⁶⁶

Noen innsatte hadde tilbrakt særlig lang tid i isolasjon. I tiden mellom 1. januar 2022 og 31. mars 2023 viste statistikken at én innsatt hadde vært utelukket fra fellesskapet 77 ganger, med en samlet oppholdstid i isolasjon på 286 ½ døgn. Fengselet opplyste at 60 prosent av døgnene som i 2022 ble tilbrakt i utelukkelse fra fellesskap, gjaldt fem personer.

6.3.2 Vilkår for utelukkelse

Etter straffegjennomføringsloven har fengselet adgang til å beslutte at en innsatt helt eller delvis skal utelukkes 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

⁶³ Sivilombudsmannen (2007), uttalelse i sak 2007/894, Undersøkelse av forholdene i Skien fengsel.

⁶⁴ Antall døgn er regnet ut fra totalantall timer oppgitt i rapporter oversendt Sivilombudet fra Bredtveit fengsel.

⁶⁵ En episode er definert ut fra registreringer i Kriminalomsorgens informasjonssystem KOMPIS og samsvarer ikke med antall vedtak fattet.

⁶⁶ Merk at tolv vedtak og 44,5 av isolasjonsdøgnene er begrunnet i smittevernlovgivning.

eller fremsette trusler mot andre, hindre betydelig materiell skade, hindre straffbare handlinger, eller for å opprettholde ro, orden og sikkerhet.⁶⁷

Fengselet har også adgang til å utelukke enkeltinnsatte eller et ubestemt antall innsatte fra fellesskap dersom akutte bygningsmessige eller bemanningsmessige forhold gjør det nødvendig (se kapittel 6.2 *Innsattes adgang til fellesskap med andre innsatte*).⁶⁸ Utelukkelse kan også skje dersom den innsatte selv ønsker det.⁶⁹

Varetektsfengslede kan underlegges full isolasjon etter beslutning av en domstol der det er nærliggende fare for at den fengslede vil forspille bevis i saken uten isolasjon.⁷⁰

I en brosjyre med navnet «Informasjon til innsatte ved Bredtveit fengsel- og forvaringsanstalt» stod det under overskriften «Disiplinærreaksjoner» at «Innsatte som bryter gjeldende bestemmelser om ro, orden og sikkerhet, kan helt eller delvis utelukkes fra fellesskapet av forebyggende hensyn, jf. straffegjennomføringsloven § 37.» Slik dette er fremstilt, kan det bidra til misforståelser om at utelukkelse fra fellesskap kan benyttes som et straffetiltak ved brudd på interne regler. Ombudet understreker at utelukkelse fra fellesskapet etter § 37 må være et forebyggende tiltak. Formålet med bestemmelsen er å forebygge eller hindre fortsatt uønsket atferd fra den innsattes side.⁷¹ Utelukkelse kan ikke brukes for andre forhold enn dem loven angir, og det er ikke tillatt å bruke hel utelukkelse fra fellesskap som straff.⁷²

6.3.3 Svake begrunnelser og utilstrekkelige vurderinger av alternativ til utelukkelse

Både vilkårene for bruk av utelukkelse og tiltakets inngripende karakter stiller høye krav til vedtakenes begrunnelse.⁷³

I flere tilfeller var fengselets begrunnelse for bruk av utelukkelse så mangelfull at det ikke var mulig å vurdere om vilkårene for bruk av isolasjon var oppfylt. Et vedtak var for eksempel begrunnet slik:

«Følgende forhold ligger til grunn for beslutningen: Innsatte har vært ufin opp mot verksbetjent og avdelingsleder. Innsatte gjorde spyttbevegelser i retning avdelingsleder.»

En slik begrunnelse er åpenbart ikke tilstrekkelig.

Dokumentgjennomgangen ga også i andre saker grunn til bekymring for at terskelen for å treffe vedtak om utelukkelse fra fellesskapet var for lav. En innsatt var blitt utelukket («[blir] ikke låst ut til fellesskapet i dag») fordi hun var «ufin i oppførselen sin», og at hun tidligere hadde fått en advarsel.

⁶⁷ Straffegjennomføringsloven § 37 første ledd bokstav a-e.

⁶⁸ Straffegjennomføringsloven § 37 åttende og niende ledd første alternativ.

⁶⁹ Straffegjennomføringsloven § 37 niende ledd andre alternativ.

⁷⁰ Straffeprosessloven § 186a.

⁷¹ Ot.prp. nr. 5 (2000-2001), 13.1, spesialmerknader til § 37.

⁷² Etter straffegjennomføringsloven § 40 andre ledd bokstav d kan innsatte utelukkes fra fritidsfellesskapet som reaksjon. Det betyr at innsatte ikke kan utelukkes fra annet fellesskap, for eksempel skole og arbeid, som reaksjon.

⁷³ Forvaltningsloven §§ 24 og 25 jf. straffegjennomføringsloven § 7; Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 37.6.

For at et vedtak om utelukkelse skal kunne anses som nødvendig, må utelukkelsen være egnet til å oppfylle ett av formålene som angis i straffegjennomføringsloven.⁷⁴ Det manglet tilstrekkelige begrunnelser for at utelukkelsen var egnet til å oppfylle formålet i alle vedtakene vi gjennomgikk. Særlig bekymringsfulle var vedtakene som hadde som formål å hindre skade på den innsatte selv. Disse manglet helt vurderinger av hvordan utelukkelse fra fellesskapet skulle bidra til å hindre selvskade (se kapittel 7.4 *Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko*).

Hvis situasjonen kan løses ved hjelp av mindre inngripende tiltak, er det ikke nødvendig å isolere den innsatte.⁷⁵ Fengselets vurderinger av mindre inngripende tiltak var gjennomgående for svakt dokumentert. De fleste vedtakene vi gjennomgikk manglet helt en redegjørelse for om mindre inngripende tiltak var forsøkt eller vurdert.

I flere tilfeller hvor innsatte ble utelukket og overført til avdeling 3, tydet dokumentasjonen vi gjennomgikk på at fengselet i liten grad hadde forsøkt alternative tiltak, som konfliktløsning, motivasjonssamtaler og aktivisering, for å prøve å løse utfordringene uten utelukkelse.⁷⁶

I gjennomgangen av utelukkelsesvedtak fant vi også flere eksempler som tilsa at utelukkelse fra fellesskapet ble brukt rutinemessig etter opphold i sikkerhetscelle, uten at det var vurdert om vilkårene var oppfylt i den konkrete situasjonen (se kapittel 7.4 *Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko*). En slik bruk av utelukkelse er i strid med straffegjennomføringsloven § 37.⁷⁷

Noen av vedtakene inneholdt beskrivelser som tydet på at utelukkelsen var blitt brukt som straff. De korte og lite konkrete beskrivelsene gjorde dette imidlertid vanskelig å slå fast med større sikkerhet.

Samlet fant Sivilombudet store mangler og svakheter i fengselets bruk av vedtak om utelukkelse.⁷⁸ Utilstrekkelige begrunnelser for isolasjon innebærer en risiko for krenkelse av forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff.⁷⁹

6.3.4 Manglende tiltak for å forebygge skadevirkninger av isolasjon

Nasjonal lovgivning slår fast at fengslene skal legge forholdene til rette for å redusere skadevirkningene av både domstolbesluttet isolasjon og fengslenes vedtak om utelukkelse fra fellesskapet.⁸⁰ Dette er også slått fast i Mandelareglene.⁸¹ Tiltak for å forebygge isolasjonsskader bør inkludere å gi innsatte tilgang til økt meningsfull menneskelig kontakt, for eksempel gjennom besøk, sosiale aktiviteter med enkeltinnsatte, samtaler med ansatte, herunder sosialarbeidere, psykolog,

⁷⁴ Straffegjennomføringsloven § 37 første ledd jf. tredje ledd; Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 37.6; EMD *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07 m.fl., 10. april 2012, avsnitt 212.

⁷⁵ Forvaltningsloven §§ 24 og 25 jf. straffegjennomføringsloven § 7; Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 37.6.

⁷⁶ Mandelareglene, regel 38.1; De europeiske fengselsreglene, regel 56.2.

⁷⁷ Se også EMD *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07 m.fl., 10. april 2012, avsnitt 212; De europeiske fengselsreglene 53.2; Mandelareglene, regel 45.1.

⁷⁸ Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 37.19.

⁷⁹ EMD *Babar Ahmad og andre mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07 m.fl., 10. april 2012, avsnitt 212; De europeiske fengselsreglene, regel 53A b.

⁸⁰ Straffegjennomføringsloven § 2 tredje ledd, jf. forskrift om straffegjennomføring § 1-2 andre ledd og § 3-35 andre ledd.

⁸¹ Mandelareglene, regel 38.2. Denne regelen skiller ikke mellom isolasjon (det vil si mer enn 22 timer uten meningsfull menneskelig kontakt) og ulike grader av utelukkelse fra fellesskapet.

prest/imam eller representanter fra lokale besøks- og støtteordninger.⁸² Ifølge De europeiske fengselsreglene skal alle innsatte som er utelukket fra fellesskapet tilbys minst to timer meningsfull menneskelig kontakt hver dag.⁸³

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, eller skje som et ledd i utførelse av andre oppgaver, slik som utdeling av mat eller medisinsk tilsyn.⁸⁴ 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.⁸⁵

Ifølge KDI skal det sikres at samtlige innsatte som er helt utelukket fra fellesskap får minst to timer meningsfull kontakt med andre mennesker hver dag.⁸⁶

Vi gjennomgikk fengselets dokumentasjon av om innsatte tilbys minst to timer meningsfull kontakt med andre mennesker hver dag. Våre undersøkelser tok utgangspunkt i hendelsesjournaler og ukeplaner for de innsatte som fengselet oppga hadde vært helt utelukket fra fellesskapet/isolerte i løpet av perioden 1. januar 2023 til 31. mars 2023.

Tre av de nitten innsatte som hadde vært isolert i tidsrommet mellom 1. januar 2023 og 31. mars 2023 hadde en ukeplan som dokumenterte hvilke aktiviteter som skulle tilbys og hva som faktisk ble gjennomført. Dokumentasjonen tyder på at minst fem vedtak om utelukkelse varte lenger enn tre døgn sammenhengende, uten at fengselet hadde laget en ukeplan som dokumenterte planlagte og gjennomførte aktiviteter. Det lengste av disse vedtakene hadde pågått i ca. 19 døgn sammenhengende.

Vi fant bare ett dokumentert eksempel på at en innsatt i løpet av noen døgn hadde fått tilbud om sosialt samvær som oppfylte kravet om minst to timers meningsfull menneskelig kontakt.⁸⁷ Ansatte uttalte at det ikke var realistisk at alle som var utelukket hadde minst to timer menneskelig kontakt med andre. Det ene eksempelet gjaldt en utelukket innsatt som hadde et oppfølgingsopplegg fra fengselets ressursteam. Ressursteamet var ikke på jobb alle dager i uken, og ble i perioder dessuten omdisponert til andre oppgaver (se kapittel 6.3.5 *Særlige tiltak ved langvarig isolasjon*).

Vi fant få eksempler på at innsatte ble tilbudt eller fikk besøk av pårørende, visitortjeneste eller fengselsprest mens de var isolert.

Gjennomgangen tydet på at innsatte som mottok oppfølging fra fengselets ressursteam mens de var utelukket, gjennomgående fikk en bedre oppfølging enn øvrige isolerte innsatte, både med hensyn til varighet og innhold. For innsatte som var utelukket uten oppfølging fra ressursteamet, begrenset de

⁸² 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.

⁸³ De europeiske fengselsreglene, regel 53A a.

⁸⁴ Se Essex Paper 3, Initial Guidance on the interpretation and implementation of the UN Nelson Mandela Rules, s. 88–89.

⁸⁵ De europeiske fengselsreglene, regel 53A g, jf. regel 27.1. og 27.2.

⁸⁶ Kriminalomsorgsdirektoratet, Utarbeidelse av ukeplan for utelukkede innsatte, brev 22. september 2020.

⁸⁷ Vi foretok bl.a. en full gjennomgang av løpende døgnjournaler for mer enn 1/3 av alle innsatte som fengselet oppga som utelukket i tidsrommet 1. januar til 31. mars 2023 og en mer overfladisk gjennomlesning av de øvrige sakene.

avlastende tiltakene seg i all hovedsak til røykepauser alene med betjenter eller opphold utendørs i følge med betjentene.

Oppsummert var fengselets arbeid for å forebygge skadevirkninger av isolasjon svært mangelfullt. Sett i lys av den omfattende bruken av isolasjon overfor mange personer, ser Sivilombudet alvorlig på denne mangelen.

6.3.5 Særlige tiltak ved langvarig isolasjon

I tilfeller der innsatte er langvarig isolert, bør det iverksettes særlige tiltak for å begrense skadevirkningene av isolasjonen og for å sikre at isolasjonen avbrytes så raskt som mulig. Dette ble påpekt av Europarådets torturforebyggingskomité (CPT) etter deres besøk til Norge i 2018:

«The longer the measure of complete exclusion from company continues, the more resources should be made available to attempt to (re)integrate the prisoner into the main prison community».⁸⁸

Nasjonalt ressursteam ved Bredtveit ble etablert i 2021 med midler fra blant annet Helse- og omsorgsdepartementet. Ressursteamets mandat per 2021 var å forebygge og hindre langvarig isolasjon for innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Teamet bestod av seks fengselsansatte og tre helsepersonell i ukedagene. Teamet skal ha kapasitet til å følge opp fire til fem innsatte.

Gjennomgang av ukeplaner for ressursteamets arbeid i en periode på 3 måneder overfor en av de innsatte med langvarige utelukkelsesvedtak, viste at en rekke aktiviteter ikke ble gjennomført fordi ansatte i ressursteamet var omdisponert til alminnelig betjentarbeid. Planene for den innsatte innebar typisk én aktivitet om morgenen og én aktivitet om ettermiddagen, hver på mellom 30 minutter og 1,5 timer. Én uke utgikk alle de planlagte aktivitetene med denne innsatte fordi ressursteamet var omdisponert til betjentarbeid, og en annen uke utgikk halvparten av aktivitetene av samme årsak.

Gjennomgang av vaktjournaler viste at ressursteamet tidvis ble brukt for å opprettholde normalt drift i fengselet, for eksempel ved å bli omdisponert til alminnelig betjentarbeid. At det skjedde omdisponeringer av betjentene i ressursteamet, ble også bekreftet i intervjuer. I dokumentasjonen har vi blant annet sett at det i slutten av januar 2023 ble gitt beskjed til en av de innsatte som ble fulgt opp av ressursteamet om at disse kom til å arbeide som avdelingsbetjenter ut februar, slik at det i hele den perioden ikke ville være noen aktivisering i regi av ressursteamet. Fengselet har bekreftet at det ble besluttet at ressursteamet skulle gå inn i ordinær tjeneste, men opplyst at denne beslutningen ble reversert etter flyttingen av innsatte til Ullersmo fengsel. Vi ser likevel at det i aktivitetsplanen for en uke i februar 2023 var fem tilfeller der at aktiviteter var avlyst med begrunnelsen «Ressurs omdisponert til avdelingstjeneste».

Ressursteamets kapasitet synes allerede i utgangspunktet for liten, i lys av fengselets omfattende problemer med å sikre de innsatte som er isolert minimumskravet om to timer meningsfull menneskelig kontakt i døgnet. Fengselets bruk av betjentene i ressursteamet til andre oppgaver innebar en ytterligere svekkelse av arbeidet for å redusere isolasjonsskader for innsatte med særlige

⁸⁸ CPT (2019). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway 2018, CPT/Inf 2019 (1), avsnitt 82. Se også De europeiske fengselsreglene, regel 53A f: «The longer a prisoner is separated from other prisoners, the more steps shall be taken to mitigate the negative effects of their separation by maximising their contact with others and by providing them with facilities and activities».

behov. Under vårt besøk til Ullersmo fengsel, avdeling Zulu øst kom det fram at aktivitetsteamet der var «fredet» fra å bli trukket inn i den alminnelige vaktturnusen. Dette ble opplevd som en svært viktig tilleggsressurs og en effektiv måte å jobbe med enkeltinnsatte. I tillegg er det en utfordring at ressursteamet ved Bredtveit fengsel kun har kapasitet til oppfølging av fire-fem innsatte av gangen. Vår gjennomgang tilsa at behovet for ressursteamets arbeid var klart større enn kapasiteten deres.

6.4 Isolasjon på forsterket celle

På avdeling 3 var to av cellene såkalt «forsterkede» celler (se *kapittel 4.1 Fengsel*). Plassering på de forsterkede cellene ble oftest benyttet overfor utagerende eller selvskadende innsatte som var utelukket fra fellesskap. Grunnen til dette var at cellenes utforming begrenser muligheten for å skade seg selv og celleinventar.

Ifølge De europeiske fengselsreglene skal celler som benyttes til utelukkelse imøtekomme samme minstestandarder som andre typer celler.⁸⁹ Det innebærer blant annet at utelukkelsesceller må være i samsvar med menneskelig verdighet, imøtekomme helse og hygienekrav, og ha tilstrekkelig størrelse, luftkvalitet, ventilasjon, lys og oppvarming.⁹⁰

Vår dokumentgjennomgang viste at flere innsatte opplevde det svært belastende å bli plassert i en av de forsterkede cellene. Det kom også fram at flere innsatte ikke opplevde det som noen forskjell mellom å være utelukket i en av de forsterkede cellene, og det å være plassert på en sikkerhetscelle. Våre funn tydet på at enkelte innsatte var så urolige over å bli flyttet tilbake til støyen i avdeling 3 at de foretrakk å være på sikkerhetscelle framfor forsterket celle. Det ble også opplevd som lettere å komme i kontakt med betjentene i sikkerhetsavdelingen. Denne opplevelsen av å være plassert i en forsterket celle er i seg selv svært urovekkende. Sivilombudet har tidligere pekt på at det er en rekke spørsmål som aktualiseres ved plassering på forsterket celle.⁹¹ Disse problemstillingene behandles ikke nærmere her.

6.5 Isolasjon på sikkerhetscelle

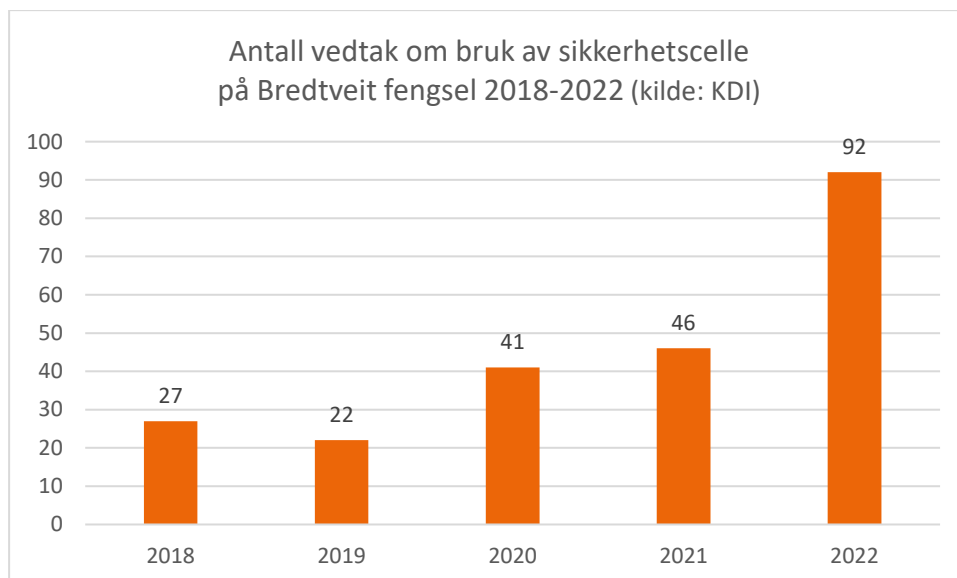
6.5.1 Omfang

I 2022 fattet Bredtveit fengsel 92 vedtak om plasseringer på sikkerhetscelle, en betydelig økning fra 2018, der det kun ble registrert 27 vedtak av denne typen.

⁸⁹ De europeiske fengselsreglene, regel 53A e.

⁹⁰ De europeiske fengselsreglene, regel 18.1.

⁹¹ Sivilombudets besøksrapporter til Arendal fengsel (2018) kapittel 9.4, Bergen fengsel (2014) kapittel 5.1.3; Sivilombudet (2014). Uttalelse etter besøk til Trondheim fengsel (2014) (Sak 2012/2430), punkt 1.



På nasjonalt nivå er det ikke registrert en tilsvarende prosentvis økning i antall vedtak om bruk av sikkerhetscelle. I perioden 2018 til 2022 registrerte Kriminalomsorgen totalt ca. 350 vedtak. I 2018 stod Bredtveit fengsel for 8 prosent av alle nasjonale vedtak om bruk av sikkerhetscelle, mens fengselet i 2022 fattet 23 prosent av slike vedtak. Bredtveit fengsel hadde i denne perioden kun to prosent av den nasjonale innsattbefolkningen.⁹² Fengselet har opplyst at 72 prosent av timene som ble tilbragt på sikkerhetscelle i 2022 gjaldt to personer. Fengselet har også understreket at de opplever siste årene å ha fått flere krevende og psykisk syke innsatte.

I januar og februar 2023 hadde fengselet 25 overføringer til sikkerhetscelle fordelt på syv innsatte. Noen av disse sikkerhetscelleplasseringene var svært lange (se kapittel 6.5.5 *Langvarige opphold på sikkerhetscelle*).

6.5.2 Vilkår for bruk av sikkerhetscelle og sikkerhetscellenes utforming

Etter straffegjennomføringsloven § 38 kan kriminalomsorgen sette innsatte i 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.⁹³ Bruk av sikkerhetscelle skal bare skje når forholdene gjør det strengt nødvendig, og når andre lempeligere midler forgjeves har vært forsøkt eller åpenbart vil være utilstrekkelig. Tiltaket skal brukes med varsomhet slik at ingen påføres unødig skade eller lidelse.⁹⁴

Fengselet hadde to sikkerhetsceller som lå i et påbygg i forlengelsen av hovedbyggets første etasje. Avstanden mellom sikkerhetscellene og avdeling 3 i fjerde etasje innebar at innsatte som skulle plasseres i sikkerhetscelle måtte fraktes ned flere etasjer i smale trappeløp (se *kapittel 8.3 Uforholdsmessig maktbruk*).

Sikkerhetscellene var glattceller med en plastmadrass og et toalett i et hull i gulvet. Begge cellene hadde takbelysning som kunne dimmes utenfra. Ingen av sikkerhetscellene hadde tilgang til vann slik at den innsatte kunne vaske hendene etter å ha brukt toalettet eller før mat. Cellene hadde en smal

⁹² Totalt ble det i Kriminalomsorgen i 2018 fattet 334 vedtak om sikkerhetscelle. Det tilsvarende tallet var i 2022 394.

⁹³ Kriminalomsorgsdirektoratets retningslinjer til straffegjennomføringsloven, punkt 38.4.

⁹⁴ Straffegjennomføringsloven § 38 tredje ledd.

luke nede ved gulvet. Ifølge fengselets skriftlige rutiner skulle denne luken brukes til å skyve mat, drikke og toalett papir inn til den innsatte.

CPT kritiserte utforming av sikkerhetsceller etter sitt besøk til Norge i 2018 og anbefalte myndighetene å sikre at luken ved gulvet så langt som mulig ikke brukes til mat og drikke.⁹⁵ Norske myndigheter svarte CPTs anbefaling med å slå fast mat og drikke kun unntaksvis gis gjennom luken ved gulvet.⁹⁶ Vi konstaterte imidlertid under besøket at Bredtveit fengsel brukte luken i gulvet rutinemessig for å overføre mat til innsatte på sikkerhetscelle.

Sikkerhetsavdelingen hadde et toalett i gangen, men innsatte på sikkerhetscellene fikk ikke bruke dette. Det var tilgang til en dusj som ble brukt når innsatte ble løslatt fra sikkerhetscellen for å bli ført tilbake til avdeling 3. Innsatte ble ofte fratatt egne klær ved plassering på sikkerhetscelle. Grunnen til dette var risiko for at klær ble brukt til selvskading. De innsatte som ble fratatt klærne sine fikk derfor i stedet utlevert rivesikre pledd og ponchoer. Begge cellene hadde vindu som slapp inn dagslys, samt et tilsynsvindu for betjentene. Utover dette var det en smal luke i døren til sikkerhetscellen som kunne brukes til å kommunisere gjennom. Det var også et callingsystem, slik at den innsatte kunne kontakte betjentene. Cellenes fysiske utforming med glatte vegger/gulv og få positive sanseintrykk, forsterker de skadelige elementene ved isolasjon på en sikkerhetscelle sammenliknet med utelukkelse på egen celle, og bidrar til en forhøyet risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Ved vårt besøk så vi at det var utsyn til klokke i kun den ene av de to sikkerhetscellene. Tap av tidsfølelse kan forsterke den psykiske belastningen ved isolasjon. I etterkant av besøket har fengselet orientert om at det er utsyn til klokke fra begge cellene, men at den ene hadde blitt tatt ned under vårt besøk på grunn av en innsatt som ikke ville ha denne synlig.

6.5.3 Svake begrunnelser og utilstrekkelige vurderinger av alternativ til sikkerhetscelle

Vi gjennomgikk et bredt utvalg av vedtak, protokoller, vaktjournal og løpende journal for plasseringer og opphold på sikkerhetscelle for en periode på omtrent elleve måneder. En overvekt av vedtakene vi gjennomgikk om bruk av sikkerhetscelle tilfredsstilte ikke lovens krav om at forholdene må gjøre bruken strengt nødvendig, lempeligere midler må ha vært forsøkt eller vurdert å være åpenbart utilstrekkelig.

Vedtakene manglet gjennomgående en tilstrekkelig konkret beskrivelse av hva som gjorde plassering på sikkerhetscelle strengt nødvendig. Begrunnelsene var korte, og det var mange ganger uklart hvilke forhold det var lagt avgjørende vekt på.

Mange av vedtakene var begrunnet med at den innsatte skadet seg selv, eller ble vurdert å være selvmordsnær. De mange problematiske sidene ved å bruke sikkerhetscelle i disse situasjonene er beskrevet i kapittel 7.4 *Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko* og gjentas ikke her.

Noen av vedtakene syntes primært å være begrunnet i at den innsatte laget bråk som plaget andre innsatte. Plasseringer som begrunnes på denne måten er rettslig problematisk lys av den høye terskelen for bruk av sikkerhetscelle.⁹⁷

Flere hendelsesforløp viste at stress og bekymring i forbindelse med kommende rettsmøter eller utfall av rettsmøter utløste situasjoner som endte i vedtak om sikkerhetscelle. I noen av disse

⁹⁵ CPT (2018). Rapport til Norge, CPT/Inf 2019 (1), avsnitt 109.

⁹⁶ Norge (2019). svar på rapport fra CPT, CPT/Inf 2019 (22), item 55.

⁹⁷ Straffegjennomføringsloven § 38 andre ledd første setning.

tilfellene gikk det fram at den innsatte tidlig hadde forsøkt å kommunisere sin bekymring for disse møtene, men tilsynelatende uten fengselet la en plan for hvordan den innsatte kunne støttes i denne perioden.

Vi fant også to sikkerhetscellevedtak som syntes å være fattet på bakgrunn av hendelser etter at fengselet hadde avlyst muligheten til å komme ut i frisk luft. I ett av vedtakene stod det: «Siden var du bare opptatt av å kreve å få luftepause, selv om du ble fortalt at dette ikke var mulig denne kvelden.» Den aktuelle innsatte var på dette tidspunktet allerede utelukket fra fellesskapet. Det kom fram av skriftlig dokumentasjon for sikkerhetscellevedtaket at manglende bemanning var medvirkende til at hun ikke hadde fått komme ut i luft. I denne konkrete saken endte den innsatte med å være på sikkerhetscelle i 3 døgn og 15 timer. Saken avdekket fengselets manglende oppfølging av en innsatt som var isolert og som hadde rett til minimum én time fysisk aktivitet utendørs daglig.⁹⁸ I tillegg viste den en klar svikt i fengselets evne til forebygging av bruk av sikkerhetscelle.

I noen tilfeller var begrunnelsen som ble gitt i selve vedtaket delvis annerledes enn den som ble skrevet ned i fengselets interne dokument «Protokoll for sikkerhetscelle». I ett tilfelle var begrunnelsen i vedtaket at den innsatte var sint og hadde fjernet brannmelderen på cella, mens det i protokollen stod at den innsatte hadde fjernet brannmelderen og ble plassert på sikkerhetscelle fordi det ikke var andre ledige celler i avdelingen.

Mange av vedtakene manglet en beskrivelse av hvilke mindre inngripende tiltak som hadde vært forsøkt eller som anses å være utilstrekkelige. Flere vedtak inneholdt kun standardtekst om at «Alternative tiltak ble vurdert og utprøvd og ikke funnet tilstrekkelig betryggende i ditt tilfelle». Dette er spesielt problematisk i lys av at sikkerhetscelle er svært inngripende og kun skal benyttes som siste utvei. En redegjørelse for handlingsalternativer er også viktig for at det skal kunne vurderes om det faktisk var «strengt nødvendig» å plassere vedkommende på sikkerhetscelle. I en sak er mindre inngripende tiltak som er forsøkt før plassering på sikkerhetscelle formulert slik:

«Hatt samtaler med henne i celleluken flere ganger hvor hun er blitt oppfordret til å slutte med bråk/hærværk av brannmelder.»

Oppfordringer om å stoppe gitt gjennom en luke i celledøra tilfredsstillende ikke kravet om at mindre inngripende tiltak skal være forsøkt.

I en del tilfeller var innsatte forsøkt utelukket fra fellesskapet i en forsterket celle på avdeling 3. I ett slikt vedtak stod det at:

«Innsatte har vært urolig det siste døgnet. Har blitt forsøkt å ha innsatte på forsterket celle i håp om at dette kan være med å roe henne. Dette har åpenbart vært utilstrekkelig.»

De mange sakene som gjaldt plassering på sikkerhetscelle på grunn av selvskading og selvmordsrisiko avdekket også store mangler når det gjaldt å forsøke mindre inngripende tiltak (se kapittel 7.7 *Samlet vurdering av forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord*).

⁹⁸ Ot. prp. nr. 5 (2000-2001), s. 157; Mandelareglene, regel 23.1.

6.5.4 Manglende oppfølging og vurdering av fortsatt behov for sikkerhetscelle

Kravet om at bruk av tvangsmidler må være strengt nødvendig gjelder i hele perioden tvangsmiddelbruken pågår. Fengselet skal fortløpende vurdere hvorvidt det er grunnlag for fortsatt opprettholdelse av vedtak om sikkerhetscelle.⁹⁹

I KDIs retningslinjer til straffegjennomføringsloven står det:

«(..) fengselet [bør] alltid foreta en fortløpende vurdering av i hvilket omfang isolasjonsskadeforebyggende tiltak kan iverksettes, eksempelvis utvidet lufting, samtaler og andre tiltak ment å motivere for at grunnlaget for tvangsmiddeltiltaket opphører.»¹⁰⁰

Ifølge fengselets interne rutiner var det vaktleder (operativ førstebetjent) som kunne beslutte når bruk av sikkerhetscelle skulle opphøre. Vaktlederen skal kontinuerlig gjøre vurdering av om tiltaket skal opprettholdes. I rutinen står det at: «Begrunnelse for å opprettholde bruk av tiltaket «skal vurderes tett og minimum to ganger pr. døgn». Vurdering av opprettholdelse bare to ganger i døgnet tilfredsstillende etter ombudets syn ikke lovens krav om en reell fortløpende vurdering av bruk av sikkerhetscelle fortsatt er «strengt nødvendig». I forslaget til ny straffegjennomføringslov foreslår departementet at det skal fattes nytt vedtak hver sjuende time ved bruk av sikkerhetscelle.¹⁰¹ Dette underbygger at vurdering av opprettholdelse to ganger i døgnet er for sjelden til å tilfredsstillende kravet om en reell fortløpende vurdering.

Gjennomgangen av innhentet dokumentasjon viste at det gjennomgående tok lang tid før vaktleder kom til sikkerhetscellen for å ta stilling til om vilkårene for bruk av sikkerhetscelle fortsatt var oppfylt. Ved ett tilfelle så det ut til å ha tatt 17 timer fra vedtaket ble iverksatt til vaktleder besøkte den innsatte. Vi har også sett at innsatte gang på gang spør om å få snakke med vaktleder, og etterspør informasjon om når de kan komme tilbake til alminnelig celle. De lange oppholdene mellom vaktleders tilsyn er svært problematisk når det bare er vaktleder som kan beslutte opphør.

Gjennomgang av en rekke løpende journaler for sikkerhetscelle viste få spor av kommunikasjon eller tiltak for å få personen ut av sikkerhetscellen. I mange av journalene var det nesten utelukkende registrert visuelt tilsyn eller levering av mat eller drikke gjennom luka ved gulvet. I mange av sikkerhetscelleoppholdene var det ikke mulig å forstå hvorfor det var vurdert at det var strengt nødvendig å opprettholde bruken så lenge som det ble gjort, noen ganger over flere døgn.

Ifølge fengselets instruks for bruk av sikkerhetscelle skal det være tre personer til stede dersom døren inn til sikkerhetscellen skal åpnes. Bare vaktleder (operativ førstebetjent) kan beslutte om celledøren skal åpnes. Dette gjorde at kommunikasjonen mellom ansatte og innsatte foregikk gjennom en smal luke i døren eller ved å snakke høylytt gjennom pleksiglass. Dette bidro sterkt til å gjøre sikkerhetscellene uegnet for god kommunikasjon. Dokumentgjennomgangen avdekket også eksempler på at betjenter konkluderte med at innsatte skulle bli på sikkerhetscelle, fordi det ikke var blitt gjennomført samtaler og at det var vanskelig å vurdere den innsattes sinnstilstand uten samtale.

⁹⁹ Straffegjennomføringsloven § 38 tredje ledd fjerde punktum.

¹⁰⁰ Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 38.7.

¹⁰¹ Se forslag til ordlyd i § 38 c i høringsnotat av februar 2023, saksnr. 22/6293.

Vi fant ingen eksempler på at innsatte var tilbudt opphold utendørs underveis i et sikkerhetscelleopphold, for å motivere for at grunnlaget for tvangsmiddeloppholdet opphører, heller ikke ved opphold som gikk over flere døgn.

Det må stilles høye krav til ansattes oppfølging av personer som plasseres i sikkerhetscelle. Forskning om innsattes opplevelse av hva som forebygger bruk av sikkerhetscelle, viste at innsatte la særlig vekt på tettere oppfølging fra betjenter og helsepersonell, flere aktiviteter utenfor cella og mindre bruk av isolasjon som forebyggende tiltak mot utagering.¹⁰²

Gjennomgående fremstod fengselets arbeid med å sikre at oppholdet på sikkerhetscelle ikke foregikk lenger enn strengt nødvendig som svært mangelfullt. Vi så flere eksempler på at det allerede om ettermiddagen ble fattet beslutning om at den innsatte måtte bli på sikkerhetscellen til neste dag. I noen av disse tilfellene ble den innsatte beskrevet som rolig da beslutningen ble fattet og det var ingenting i dokumentasjonen som tilsa at den innsatte fortsatt måtte være på sikkerhetscellen.

I en sak var det notert at vaktleder har en «lang og fin prat om det med handlinger og konsekvens». Deretter stod det:

«Ikke aktuelt å flytte henne opp i kveld da hun først nå er imøtekommende, samt at det ikke er egnede celler til henne pt. Men ny dag og nye muligheter i morgen.»

Den innsatte ble først flyttet ut av sikkerhetscellen nesten ett og et halvt døgn etter denne oppføringen.

I flere saker ble det besluttet at et opphold på sikkerhetscelle skulle pågå i mange timer fram i tid, for eksempel:

«Tilsyn kl. 1450 (...) Ved ankomst til [sikkerhetscelle] sier innsatte at hun vil flytte tilbake på ordinær celle. U.t. prøver å forklare innsatte at hun blir på [sikkerhetscelle] over natta og grunnen til dette».

I løpende journal framgikk det at ingen ny vurdering av opprettholdelse ble gjort før kl. 11.40 dagen etter. Den innsatte ble først flyttet opp i ordinær avdeling kl. 14.00, da nødvendig bemanning for å iverksette flyttingen var kommet på plass.

I et annet tilfelle fikk en innsatt på sikkerhetscelle kl. 14.50 beskjed om at hun skulle «tilbringe natten på [sikkerhetscelle] fordi vi er usikre på hennes sinnstilstand og voldspotensialet».

Disse eksemplene, og en rekke andre vedtak om sikkerhetscelleplasseringer der det ikke var dokumentert en løpende individuell vurdering, strider mot lovens krav om at sikkerhetscelle bare skal brukes når det er strengt nødvendig. Eksemplene avdekker derfor er en klart ulovlig praksis.

6.5.5 Langvarige opphold på sikkerhetscelle

Vi har gjennomgått fire opphold på sikkerhetscelle som varte over tre døgn i perioden august 2022 til våren 2023. Det lengste varte i nesten ti døgn.

¹⁰² Stang, J. og Østberg, B. (2006). Innsattes forslag til å forebygge isolasjon i sikkerhetscelle. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 43 (3), 30–33.

En innsatt var plassert på sikkerhetscelle i nærmere fire døgn. Dette vedtaket ble besluttet iverksatt med følgende begrunnelse:

«Det er ved avgjørelsen lagt vekt på at du [dato] prøvde å strangulere deg [...] i avdeling 3. Du nikket bekreftende på direkte spørsmål at du kom til å prøve igjen, da du ikke ville fremstilles retten [...]. Alternative tiltak er vurdert/utprøvd og ikke funnet tilstrekkelig betryggende i ditt tilfelle.»

Ombudet kan ikke se at det i vedtaket var beskrevet hvilke alternative tiltak som var forsøkt eller vurdert (se kapittel 7.4 *Isolasjon ved selvsikring og selvmordsrisiko*). Bruk av sikkerhetscelle i mer enn tre døgn skal meldes til regionalt nivå i kriminalomsorgen, som må treffe et vedtak dersom tiltaket skal kunne lovlig opprettholdes.¹⁰³ I vår gjennomgang fant vi ikke dokumentasjon på at regionen mottok melding om langvarig bruk av sikkerhetscelle overfor denne innsatte. Varigheten av den innsattes sikkerhetsopphold ble tre døgn og 18 ½ time.¹⁰⁴ Den manglende rapporteringen av langvarig tvangsbruk hindrer overordnet myndighets mulighet til å etterprøve fengselets vurderinger. Det viser også svikt ved fengselets internkontroll.

En annen innsatt hadde tre lange opphold på sikkerhetscelle. Det første varte i syv døgn og 16 timer, de første tre døgnene av dette oppholdet tilbrakte den innsatte uten madrass, slik at hun måtte sove på betonggulvet. Det andre lange oppholdet varte i tre døgn og 15 timer. Dette vedtaket var begrunnet i ufin oppførsel, mye bråk, aggressiv kommunikasjon med ansatte, ødeleggelse av låsen på et pleksiglassvindu på cellen. I redegjørelsen for om alternative tiltak var forsøkt, stod det at innsatte ikke hadde vært villig til å kommunisere ved de to første forsøkene, og at

«Siden var du bare opptatt av å kreve å få luftepause, selv om du ble fortalt at dette ikke var mulig denne kvelden.»

Morgenen etter at hun ble plassert på sikkerhetscelle ble innsatte beskrevet som rolig og i godt humør i den løpende journalen. Deretter stod det:

«Snakker litt med henne hvor hun forteller hva som skjedde i går og at hun ble irritert i går fordi hun ikke var utenfor cellen i går, og at hun var forespeilet luft på ettermiddagen, men at hun ikke fikk komme på luft grunnet bemanning.»

Den samme innsatte hadde også et opphold på sikkerhetscelle som varte i nesten ti døgn.¹⁰⁵ Vedtaket var skrevet to dager etter plasseringen, og begrunnelsen viste til at innsatte hadde nektet å gå tilbake til cellen fra et fellesområde på avdelingen, og truet en ansatt med en metallpinne. Mye av kommunikasjonen mens innsatte befant seg på sikkerhetscelle fremsto som kontraproduktiv, i lys av at de tiltakene som iverksettes bør være rettet mot å løse de utfordringene som begrunner

¹⁰³ Straffegjennomføringsloven § 38 sjette ledd jf. Kriminalomsorgsdirektoratets retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 38.3.

¹⁰⁴ Oppholdet var kun avbrutt av et kortere tidsrom der den innsatte ble forsøkt fremstilt til retten direkte fra sikkerhetscelle. I retningslinjene til straffegjennomføringsloven, punkt 38.7.6 står det at ved beregning av frister for innmelding til regionalt nivå skal regnes som en sammenhengende bruk av sikkerhetscelle dersom innsatte etter første innsettelse «innen 24 timer på nytt besluttes overført til sikkerhetscelle». Også selv om første del av oppholdet ikke regnes med, overstiger varigheten tre døgn.

¹⁰⁵ Oppholdet var kun avbrutt av et kortere tidsrom der den innsatte ble overført til annen celle og utelukket fra fellesskapet.

plasseringen på sikkerhetscelle.¹⁰⁶ To dager etter plasseringen på sikkerhetscelle er følgende notert i løpende journal:

«Vurdert værende på sikkerhetscelle, men fikk beskjed om at hun måtte se at hun hadde skyld i overføringen til først avdeling 3, så sikkerhetscelle. Og at hun måtte tenke på det, før [fengselet] for helgen skulle ta en vurdering, og om de kunne gjøre en avtale for hvordan eventuell tilbakeføring skulle bli.»

Den videre kommunikasjonen med den innsatte under dette oppholdet var preget av gjentatte forsøk på å få den innsatte til å innrømme skyld, og om å love ikke å foreta seg noe ved tilbakeføring til avdelingen. En slik tilnærming bidrar ikke til å motivere for at grunnlaget for tvangsmiddeltiltaket opphører, men gir en høy risiko for at vedtaket opprettholdes selv om den innsattes tilstand ikke lenger tilsier at tvangsmiddelet er strengt nødvendig.

Etter fem døgn på sikkerhetscelle var det notert i løpende journal at innsatte fortalte at hun hadde mye trykk i hodet, og ønsket å få komme ut i friluft. Dette ble gjentatt en time senere, og da ble hun tilbudt paracet gjennom den smale luken i celledøren. Det var imidlertid ikke spor av at hun ble tilbudt å komme ut i friluft.

Etter nesten syv døgn på sikkerhetscelle ble den innsatte flyttet opp til avdeling 3 og helt utelukket fra fellesskap. Vi kunne ikke se spor av isolasjonsskadeforebyggende tiltak som aktivisering eller mulighet til å gå ut i friluft etter flyttingen. Etter noen timer ble den innsatte igjen flyttet til sikkerhetscelle, og begrunnelsen var at hun hadde ødelagt inventar på cellen. Dette var en innsatt det var knyttet voldsrisiko til. Utfra dokumentasjonen vurderer Sivilombudet likevel omfanget av isolasjon og maktbruk som hun ble utsatt for som klart uforholdsmessig. Håndteringen syntes snarere å kunne øke enn dempe voldsrisikoen og svekke arbeidet med rehabilitering.

Etter Sivilombudets vurdering ga løpende journal for de lange oppholdene på sikkerhetscelle lite dokumentasjon på at man løpende arbeidet for å avslutte tvangsmiddelbruken. Det manglet i stor grad dokumentasjon av motiverende eller avklarende samtaler.

En gjennomgang av løpende journal viste videre at det i løpet av flere dager kun fantes ett dokumentert tilfelle av at noen med beslutningsmyndighet hadde besøkt den innsatte for å ta stilling til om isolasjonen skulle opprettholdes. I lys av lovens krav om fortløpende vurdering, fremstår dette som lovstridige mangler. Det er også i strid med menneskerettslige krav, som innebærer at begrunnelsen for isolasjon må være mer detaljert og overbevisende jo lenger vedtaket varer.¹⁰⁷ Ifølge KDIs retningslinjer skal fengselsleder daglig gjøre seg kjent med tilstanden til innsatte på sikkerhetscelle, og det skal fremgå av tilsynsprotokoll at fengselsleder har mottatt informasjon.¹⁰⁸ Vi fant ikke spor av at noen i fengselets ledelse selv hadde besøkt de innsatte som hadde vært

¹⁰⁶ Kriminalomsorgsdirektoratet (2002). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 38.7.

¹⁰⁷ EMD *Babar Ahmad mot Storbritannia*, klagenr. 24027/07 m.fl., 10. april 2012, avsnitt 212; EMD *Ramirez Sanchez mot Frankrike*, 59450/00, 4. juli 2006, avsnitt 139; EMD *A.B. mot Russland*, klagenr. 34804/17, 14. oktober 2010; De europeiske fengselsreglene, regel 53A f; CPT, *Report to the Norwegian Government on the visit to Norway 2018*, CPT/Inf (2019) 1, avsnitt 82.

¹⁰⁸ Kriminalomsorgsdirektoratet (2002). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 38.7. Se også De europeiske fengselsreglene, regel 53A h: «Prisoners who are separated shall be visited daily, including by the director of the prison or by a member of staff acting on behalf of the director of the prison».

på sikkerhetscelle i over tre døgn. De gjennomgåtte loggene dokumenterer heller ikke at fengselsleder mottar daglig informasjon om tilstanden til personer som er plassert på sikkerhetscelle.

Til tross for at denne innsatte var ung, fant vi ingen spor av at fengselet hadde tatt den innsattes alder i betraktning ved vurderingen av om den svært inngripende og langvarige isolasjonen var forholdsmessig. Ombudet understreker at unge innsatte er særlig utsatt for skadelige effekter av isolasjon, blant annet fordi hjernen ikke er ferdig utviklet før et stykke opp i 20-årene.¹⁰⁹ Fengselets manglende oppmerksomhet om unge innsattes sårbarhet for isolasjon er heller ikke i samsvar med Kriminalomsorgens fagstrategi om unge domfelte og innsatte 18-24 år, der det blant annet står at ansatte skal motivere unge til å ta imot ulike tilbud om aktivisering for å unngå isolasjonsskader.¹¹⁰

Dokumentasjonen vi har gjennomgått knyttet til lange sikkerhetscelleopphold skapte samlet en alvorlig bekymring for fengselets bruk av inngripende tvangsmidler. Slik flere av oppholdene var dokumentert, var grunnvilkåret om at tiltaket måtte være strengt nødvendig gjennom hele forløpet, åpenbart ikke oppfylt. Disse oppholdene fremstår derfor som ulovlig isolasjon på sikkerhetscelle.

6.5.6 Regionens vedtak om forlengelse av langvarig sikkerhetscelleopphold

Gjennomgangen av det lengste oppholdet på sikkerhetscelle viste at Kriminalomsorgens regionskontor i denne saken hadde fattet vedtak innen fristen, men først skriftliggjort vedtaket om fortsatt bruk av sikkerhetscelle en hel uke etter at de fattet muntlig vedtak om forlengelse. Regionen forklarte den forsinkede skriftliggjøringen med IKT-problemer.

Alle regionens vedtak i saken konkluderte med at det var strengt nødvendig å forlenge vedtak om sikkerhetscelle utover tre døgn. Samtidig skrev regionen i sitt første vedtak i saken at det ikke forelå hendelsesrapporter eller registreringer som forklarte hvorfor det i utgangspunktet hadde vært nødvendig å plassere den innsatte på sikkerhetscelle. Regionen bygget sin vurdering på et vedtak i saken som ble skriftliggjort først to dager etter innsettelsen. I vedtaket påpekte regionen at den innsatte «ikke er tilbudt andre isolasjonsreducerende tiltak, eksempelvis luft.». Likevel ble det konkludert med at fengselets oppfølging var i tråd med lovverket, og at det etter en konkret helhetsvurdering ikke fremsto som uforholdsmessig med fortsatt bruk av sikkerhetscelle.

Regionens vedtak, heller ikke vedtaket om forlengelse utover ni døgn, inneholdt noen henvisning til eller vurderinger av den innsattes unge alder og derfor økte sårbarhet for isolasjonsskader. En forholdsmessighetsvurdering forutsetter at det foretas en avveining mellom risikoen den innsattes atferd utgjør og den belastningen tiltaket utgjør for den innsatte, herunder på grunn av sårbarhetsfaktorer som lav alder, helsemessige utfordringer eller andre forhold som utgjør en ekstra belastning for den som utsettes for tvangen.

I et annet vedtak fra regionen om bruk av sikkerhetscelle utover tre dager skrev regionen «Det vises til episode [dato] hvor innsatte nektet ta hendene inn fra matluken. Tjenestepersonell måtte dermed bruke makt for å få hendene inn, noe som førte til forstuelse og fremstilling til legevakt påfølgende dag.» Dette er samme episode som er beskrevet i kapittel 7.3 *Uforholdsmessig maktbruk*. Regionen har ikke knyttet noen kommentar til denne hendelsen til tross for at den framstår som uforholdsmessig bruk av makt overfor en innsatt på sikkerhetscelle.

¹⁰⁹ Sivilombudsmannen (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på meningsfull menneskelig kontakt i norske fengsler, s. 59.

¹¹⁰ Kriminalomsorgens fagstrategi om unge domfelte og innsatte 18-24 år (2021-2026), s. 4.

I dokumentgjennomgangen ble vi også kjent med at en innsatt var plassert på sikkerhetscelle i nesten åtte døgn. De tre første døgnene av dette oppholdet hadde ikke den innsatte madrass på sikkerhetscellen. Det betyr at den innsatte måtte sove rett på betonggulvet, med bare rivesikkert teppe. Vi ser av dokumentasjonen fra fengselet at regionen ga beskjed om at den innsatte skal få madrass. Likevel var ikke mangelen på madrass nevnt i regionens forlengelsesvedtak, hvor det ble konkludert med at fengselet kan forlenge bruken av sikkerhetscelle utover tre dager.

Regionen skal foreta en selvstendig vurdering av om vilkårene for fortsatt bruk av sikkerhetscelle er oppfylt når oppholdet varer utover tre dager. Alle forhold som er sentrale for forholdsmessighetsvurderingen regionen har foretatt, skal fremgå av vedtaket. Vedtakene vi gjennomgikk hadde alvorlige mangler når det kommer til vurderingen av om det er strengt nødvendig at innsatte fortsetter å være på sikkerhetscelle. Isolasjon av personer med kjent sårbarhet for isolasjonsskade, som i tillegg gjennomføres i glatte celler med få positive sanseintrykk over så lange tidsperioder, utgjør en overhengende risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling.

6.5.7 Manglende tilgang til advokat på sikkerhetscelle

Vi fant flere eksempler på at innsatte som var plassert på sikkerhetscelle ba om å få snakke med advokat, og at fengselet nektet dem dette. Det er uklart hvilket grunnlag fengselet mener å ha for å nekte de innsatte kommunikasjon med advokat. Retten til kontakt med advokat er en grunnleggende rettighet for en innsatt og et viktig beskyttelsestiltak mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette er understreket i Mandelareglene regel 61, av CPT, og gjentatte ganger av Sivilombudet.¹¹¹ I et forslag om endringer i straffegjennomføringsloven foreslår Justis- og beredskapsdepartementet å ta inn en eksplisitt regel om at innsatte i sikkerhetscelle og belteseng skal ha anledning til å kontakte advokat eller en annen person utenfor fengselet.¹¹² Begrunnelsen for dette er nettopp at det kan være betryggende for den innsatte som er underlagt tvangsmidler, at noen utenfor fengselet har kjennskap til dette, og for eksempel kan utforme en klage.

En av de innsatte som ble nektet tilgang til advokat under oppholdet på sikkerhetscelle ved Bredtveit fengsel ble skadet av betjentene mens hun var der, og endte med å være på sikkerhetscelle i over tre døgn. Da innsatte ble sluppet ut av sikkerhetscellen var det under en uke til vedkommende skulle i en rettssak. Sivilombudet minner i denne sammenheng om innsattes rett til å få tilstrekkelig tid og mulighet til å forberede sitt forsvar med rettslig bistand etter EMK artikkel 6.

6.6 Samlet vurdering av bruk av isolasjon

Fengselets bruk av utelukkelse fra fellesskapet og sikkerhetscelle gir grunn til alvorlig bekymring. Våre funn viser at terskelen for å beslutte isolasjon er for lav og at man i liten grad forsøker alternative virkemidler. Fengselets vedtak, dokumentasjon og øvrige funn som ble gjort på stedet, viser at fengselet ikke etterlever kravet om at isolasjon kun skal brukes i ekstraordinære tilfeller og som en siste utvei. Mange av vedtakene var begrunnet på en slik måte at tiltakene fremsto som klare brudd på straffegjennomføringslovens regler om utelukkelse og bruk av tvangsmidler. Det er et stort

¹¹¹ CPT, Access to a lawyer as a means of preventing ill-treatment (2011), CPT/Inf(2011)28-part1; CPT, Solitary confinement of prisoners (2011), CPT/Inf (2011) 28 part2, avsnitt 61 b); Sivilombudet (2017). Rapport fra besøk til Åna fengsel; Sivilombudsmannen (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på meningsfull menneskelig kontakt i norske fengsler.

¹¹² Forslag til endringer i straffegjennomføringsloven og helse- og omsorgstjenesteloven (fellesskap, utelukkelse og tvangsmidler i fengsel), saksnr. 22/6293, pkt. 13.4.4. Høringsfristen for dette endringsforslaget er 1. juni 2023.

behov for å styrke fengselets arbeid med å forebygge bruk av isolasjon. Dette gjelder både tydelig satsning på tiltak for å forebygge selvskading og selvmordsforsøk, og på å sikre mekling og konflikthåndtering.

Fengselet hadde heller ikke iverksatt tilstrekkelige tiltak for å forebygge skadevirkninger av isolasjon. Vi fant så godt som ingen dokumenterte eksempler på at de innsatte som var utelukket fra fellesskapet hadde fått tilbud om sosialt samvær som ville kunne oppfylle krav om minst to timers meningsfull menneskelig kontakt i døgnet. Det var også en rekke eksempler på at opphold eller tilbud om opphold utendørs ikke var dokumentert for innsatte som var utelukket fra fellesskapet.¹¹³ Selv om ressursteamet fremsto som et godt tiltak for å følge opp enkelte særlige sårbare innsatte, var kapasiteten for lav sammenliknet med behovet. Ressursteamet ble også i perioder omdisponert til andre oppgaver. For personer på sikkerhetscelle var det i liten grad noe som tydet på isolasjonsreducerende tiltak. Vi fant ingen eksempler på at innsatte på sikkerhetscelle hadde fått komme ut i frisk luft.

Bruk av utelukkelse fra fellesskapet er blant de tiltakene som beskrives i retningslinjene til straffegjennomføringsloven som mindre inngripende alternativer til sikkerhetscelle.¹¹⁴ Ombudets erfaring er at bruk av utelukkelse er lite egnet som mindre inngripende tiltak, fordi det i seg selv gir økt risiko for aggresjon og fortvilelse som presser fram handlinger som igjen utløser bruk av sikkerhetscelle. Her er det også et moment at innsatte som ble utelukket fra fellesskap gjerne ble plassert i avdeling 3, og at soningsforholdene på denne avdelingen i liten grad syntes å ha en beroligende funksjon (se kapittel 7.4 *Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko* og kapittel 8.2 *Å leve tett på andres lidelse*).

Sivilombudet er svært bekymret for flere forhold som gjelder bruken av sikkerhetscelle i fengselet. De langvarige oppholdene på sikkerhetscelle kan være svært skadelige, og dokumentasjonen bar lite preg av forståelse for risikoen forbundet med tvangstiltaket eller spor av arbeid for å motvirke skader hos den innsatte og begrense tiden på sikkerhetscellen. Mye av isolasjonen fremstår som klare lovbrudd. Uforholdsmessig isolasjon på sikkerhetscelle over lang tid uten løpende vurderinger, gir høy risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Dette gjelder særlig når de innsatte er særlig utsatt for negative helseeffekter ved isolasjon.

Anbefaling: Isolasjon og utelukkelse fra fellesskapet

- Fengselet bør å 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.
- Fengselet bør arbeide systematisk for å redusere bruken av isolasjon og forebygge negative helseeffekter av isolasjon. Fengselet bør arbeide med å ivareta innsatte som er særlig utsatt for negative helseeffekter ved isolasjon, herunder unge innsatte.
- Fengselet bør iverksette særlige tiltak for å hindre langvarig isolasjon, herunder sikre hyppige vurderinger av opprettholdelse og arbeid for tilbakeføring til fellesskapet.

¹¹³ For flere av de innsatte som var utelukket, manglet det helt føringer for flere av dagene utelukkelsene pågikk.

¹¹⁴ Kriminalomsorgsdirektoratet (2002). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og forskrift til loven, punkt 38.2.

- Fengselet bør sikre at alle isolerte innsatte tilbys minst to timer meningsfull menneskelig kontakt hver dag, og at det lages individuelle planer for å sikre at dette blir utført og dokumentert.
- Alle innsatte, inkludert de som er isolert, bør gis mulighet for minst én time opphold utendørs daglig.
- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle vedtak om isolasjon treffes med hjemmel i lov, og med en konkret begrunnelse som viser at lovens vilkår er oppfylt. Det skal alltid fremgå hvorfor isolasjon er strengt nødvendig. Isolasjonen skal vurderes løpende og opphøre straks vilkårene ikke lenger er oppfylt.
- Fengselet bør sikre at innsatte har utsyn til en klokke fra begge sikkerhetscellene.
- Fengselet bør finne en verdig løsning for utdeling av mat, drikke og sanitærartikler på sikkerhetscelle.
- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at innsatte som ønsker å kontakte advokat under opphold på sikkerhetscelle og i belteseng, får mulighet til det.
- Kriminalomsorgen region øst bør iverksette tiltak for å sikre at de foretar selvstendige vurderinger av om vilkårene for fortsatt isolasjon er oppfylt. Vurderinger av forholdsmessighet ved langvarig isolasjon skal alltid omfatte individuelle sårbarhetsfaktorer.

7 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.¹¹⁵

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.¹¹⁶

Dette er tiltak som også understøttes av forskning.¹¹⁷ 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.¹¹⁸ 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.¹¹⁹ 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 3.¹²⁰

Sivilombudets rapport Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel inneholder en nærmere redegjørelse for plikten til å forebygge selvmord i fengsel og for den økte selvmordsrisikoen i fengsel.¹²¹

¹¹⁵ 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.

¹¹⁶ 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.

¹¹⁷ 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.

¹¹⁸ 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.

¹¹⁹ EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008.

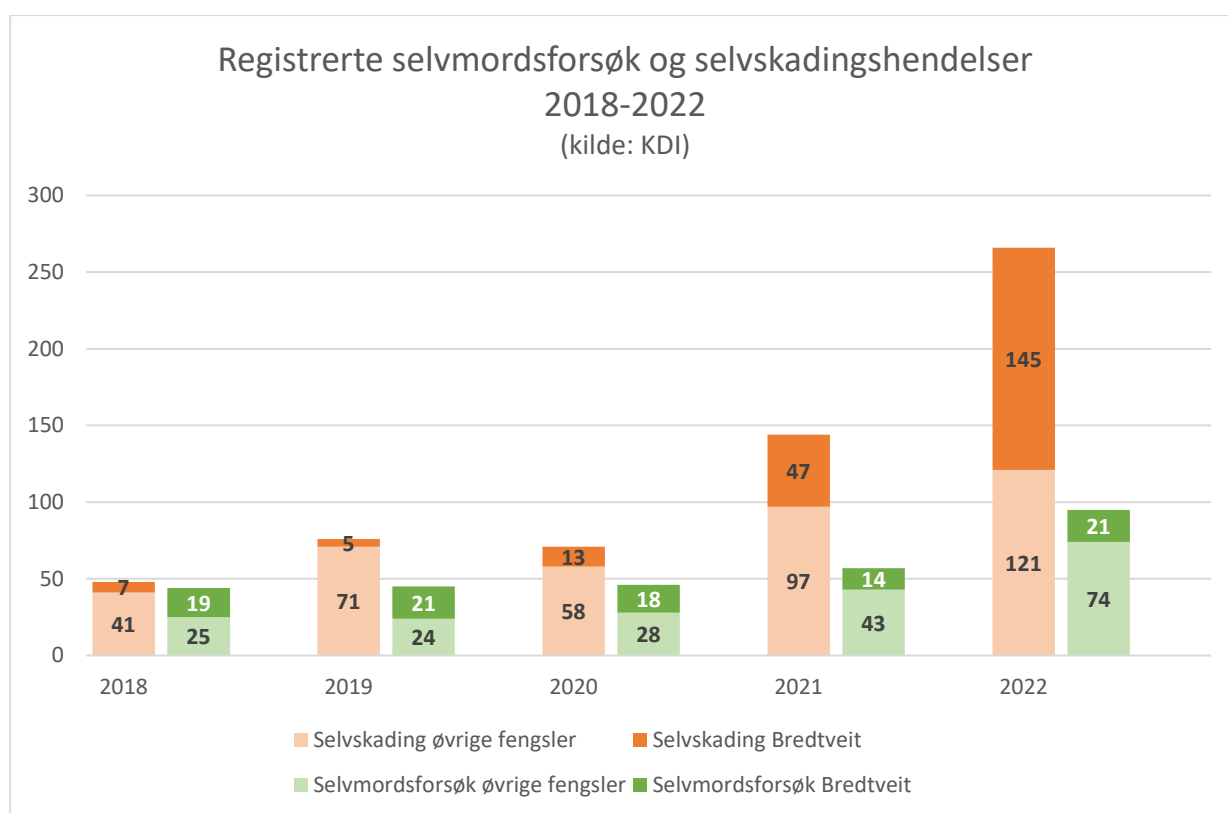
¹²⁰ EMD *Jeanty mot Belgia*, klagenr. 82284/17, 31. mars 2020, avsnitt 119 og 120; EMD *Keenan mot Storbritannia*, klagenr. 27229/95, 3. april 2001, avsnitt 116; EMD *Renolde mot Frankrike*, klagenr. 5608/05, 16. oktober 2008, avsnitt 107.

¹²¹ Sivilombudet (2023). Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel.

7.1 Kraftig økning i selvskadingshendelser

Alle norske fengsler skal rapportere alvorlig selvskading, selvmordsforsøk og selvmord til overordnet nivå i kriminalomsorgen.¹²² I 2022 rapporterte Kriminalomsorgen om totalt 266 episoder med selvskading, 95 selvmordsforsøk og fire selvmord i fengsel. Nasjonalt har det vært registrert en firedobling av selvskadingshendelser i alle fengsler mellom 2018 og 2022. I samme periode er det en tyvedobling av rapporterte selvskadingshendelser fra Bredtveit fengsel.

I 2022 utgjorde de innsatte der omtrent to prosent av fengselspopulasjonen i Norge, samtidig som 55 prosent av alle selvskadingshendelser og 22 prosent av alle selvmordsforsøk i alle norske fengsler forekom der. Informasjon fra KDI viser at de 145 selvskadingshendelsene som er registrert på Bredtveit fengsel i 2022 var knyttet til 14 innsatte. De 21 selvmordsforsøkene samme år gjaldt tre innsatte.



I første tertial 2023 rapporterte Bredtveit fengsel 47 selvskadingsepisoder til KDI. Dette utgjør 66 prosent av alle nasjonale selvskadingstilfeller i fengsel i denne perioden. Fengselet rapporterte 16 selvmordsforsøk i første tertial 2023. Dette utgjør 42 prosent av alle selvmordsforsøk i fengsel i denne perioden.

I noen tilfeller kan det være usikkert om en handling er et selvmordsforsøk, eller selvskading uten intensjon om å ta sitt eget liv. Det kan også være usikkert om en handling skal forstås som selvskading, eller for eksempel aggresjon mot omgivelsene. KDI har selv informert Sivilombudet om

¹²² Kriminalomsorgsdirektoratet (2018). Forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel.

at det hefter usikkerhet ved noen av de innrapporterte tallene.¹²³ Dette er forhold som bidrar til å gjøre tallene noe usikre (se kapittel 2 *Kvinner i fengsel*).

7.2 Kartlegging av risiko

Ved innsettelse

Det er avgjørende at selvmordsrisiko hos innsatte blir kartlagt så snart som mulig etter innsettelse.¹²⁴ Dette er påpekt av Sivilombudet i forbindelse med en rekke tidligere besøk til fengsler.¹²⁵ KDIs retningslinjer for forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel (2018) slår fast at:

«Fengselsleder har ansvar for at risiko for selvskading og selvmord kartlegges systematisk ved innsettelse. Kartlegging bør skje umiddelbart eller så snart som mulig etter innsettelsen. [...] Fengselsleder har ansvar for at det er etablert lokale rutiner som sikrer at opplysningene blir ivaretatt, og at informasjonen blir gjort tilgjengelig for dem som har ansvar for oppfølging av den innsatte. Rutiner for kartlegging bør utarbeides i samarbeid med lokal helsetjeneste.»¹²⁶

Bredtveit fengsel hadde en egen rutine for forebygging av selvmord der det blant stod at risiko for selvskading og selvmord «må kartlegges systematisk ved innsettelse og gjennomføres i innkomst 1.»

Vi etterspurte dokumentasjon av innkomstsamtaler for 14 innsatte. Fengselet kunne bare dokumentere at det var gjennomført samtaler for 7 av disse (se kapittel 9.3 *Svake dokumentasjonsrutiner*). Flere av de innsatte som fengselet manglet dokumentasjon for, hadde utfordringer med selvskading og hadde utført selvmordsforsøk.

Fengselet benyttet ikke KDIs standardskjema for kartlegging av risiko for selvmord/selvskading. Vi ble informert om at innsatte ble spurt om selvmordstanker og tidligere selvmordsforsøk ved innsettelse og vi fant eksempler på at fengselet fylte ut en sjekklister for innkomstsamtaler der «suicid ev. voldstanker etc.» var et av punktene som skulle gjennomgås med den innsatte. Dette var et avkryssningsskjema som ikke ga rom for ytterligere informasjon eller oppfølgingspunkter. KDIs kartleggingsskjema for selvmord/selvskading inneholder flere og mer omfattende spørsmål.

For innsatte som sitter i varetekt kan fengslingskjennelsen være en viktig kilde til informasjon. I fengslingsmøtene hvor domstolen behandler spørsmålet om varetektsfengsling, gis innsatte mulighet til å forklare seg. Hvis det er spesielle forhold under varetektsfengslingen, for eksempel om behov for helseoppfølging, blir disse gjerne omtalt i innsattes forklaring i rettsboken for fengslingskjennelsen. I dokumentgjennomgangen så vi at det var gjengitt i fengslingskjennelsen for en innsatt at hun hadde fortalt om dårlig psykisk forfatning og selvmordstanker. Denne informasjonen fant vi imidlertid ikke omtalt eller på noen måte behandlet av fengselet i den løpende journalen som gjaldt henne.

¹²³ Sivilombudet (2023). Selvmord og selvmordsforsøk i fengsel.

¹²⁴ Se f.eks. Maha Aon m.fl. (2018). Suicide and self-harm i prisons, DIGNITY Publication Series on Torture and Organised Violence No. 23, kap 3.1.

¹²⁵ Sivilombudets rapporter fra besøk til Bergen fengsel (2018), Arendal fengsel (2018), Ullersmo fengsel (2017), Åna fengsel (2017) og Ila fengsel og forvaringsanstalt (2017).

¹²⁶ Kriminalomsorgsdirektoratet (2018). Forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel, punkt 3.

Underveis i soningen

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.¹²⁷ Det er svært viktig å fange opp forhold som forårsaker økt håpløshet, søvnløshet, uro eller konkrete selvmordstanker.¹²⁸ Kartlegging ved innsettelse er derfor ikke tilstrekkelig og må følges opp med løpende arbeid for å identifisere økt risiko underveis i fengselsoppholdet.¹²⁹ 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.¹³⁰

Flere av de innsatte vi snakket med fortalte om hendelser under soningen som forverret den psykiske helsen. Dette handlet for eksempel om konflikter internt i fengselet, domsavsigelse, frykt for livet etter løslatelse, egen sykdom eller alvorlig sykdom i nær familie. For noen av de innsatte økte slike hendelser risikoen for selvskading eller selvmordstanker. Sivilombudets inntrykk var at fengselet i noen, men ikke alle, tilfeller fanget dette opp og at helseavdelingen ble kontaktet ved bekymring. Fengselet manglet imidlertid rutiner for å sikre at de mer systematisk identifiserte selvmordsrisiko underveis i soningsforløpet.

7.3 Forebygging ved selvmordsrisiko

Rettspraksis, menneskerettslige standarder og forskning gir viktige føringer for selvmordsforebyggende tiltak. Helt sentralt står støttende menneskelig kontakt med ansatte, andre innsatte eller familie og nettverk utenfor fengselet. Det er godt dokumentert at mobbing og sosial isolasjon er forbundet med økt selvmordsfare i fengsel.¹³¹ Samtidig er det vist at meningsfull menneskelig kontakt, økt aktivitetstiltak, fadderordninger, delte celler, økt kontakt med familie og lettere tilgang til hjelpelinjer kan bidra til å redusere risikoen.¹³²

KDIs retningslinjer slår fast at det skal utarbeides en tiltaksplan «dersom det fremkommer indikasjoner eller opplysninger som gir grunn til bekymring».¹³³ 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.¹³⁴ Et planmessig forebyggingsarbeid er også en forutsetning for å vurdere om tiltakene er riktige og tilstrekkelige underveis.

¹²⁷ EMD *Çoşelav mot Tyrkia*, nr. 1413/07, 9. oktober 2012.

¹²⁸ Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007), s. 12.

¹²⁹ Hayes L. M. (2013). Suicide prevention in correctional facilities: reflections and next steps. *International journal of law and psychiatry*, 36(3-4), 188–194.

¹³⁰ Kriminalomsorgsdirektoratet (2018). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven: Forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord i fengsel, 2018, punkt 6.

¹³¹ Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., m.fl. (2016). Prevention of suicidal behavior in prisons. *Crisis*, 37(5), 323-334.

¹³² Se bl.a. Favril, L., Yu, R., Hawton, K., m.fl. (2020). Risk factors for self-harm in prison: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Psychiatry*, 7(8), 682-691, Hall, B. og Gabor P. (2004). Peer suicide prevention in a prison. *Crisis*, 25 (1), 19–26; Liebling, A. og Arnold, H. (2004). *Prisons and their moral performance: A study of values, quality and prison life*. Clarendon Press; Marzano, L., Hawton, K., Rivlin, A., m.fl. (2016); Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007), s. 15-16.

¹³³ Kriminalomsorgen har utarbeidet malen «Tiltaksliste ved risiko for selvmord/selvskading» som skal brukes som tiltaksplan overfor selvmordsnære innsatte. Se også Sivilombudet (2023). Selvmord i fengsel, s. 15.

¹³⁴ Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007), s. 13-14.

Dersom en person forsøker å ta sitt eget liv eller skader seg selv, er risikoen for fremtidig selvmord høy.¹³⁵ Bredtveit fengsel hadde registrert henholdsvis 14 og 21 selvmordsforsøk i 2021 og 2022.

Fengselet hadde utarbeidet en liste over 28 mulige tiltak for selvmordsforebyggende arbeid. Tiltakene inkluderte både restriktive tiltak som «bruk av sikkerhetscelle» og «bruk av forsterket celle» og støttende sosiale tiltak som «samtaler og oppmerksomhet» og «tilrettelagte fritidsaktiviteter». Listen inneholdt ingen utdypende informasjon om hensyn som måtte tas ved valg av enkelttiltak eller mulige skadeeffekter av restriktive tiltak som «utelukkelse fra fellesskap» eller «sikkerhetseng». Enkelte tiltak omhandlet også administrative rutiner, som å etablere kommunikasjonsrutiner med helsetjenestene. Listen var knapp og stikkordsmessig og manglet informasjon om prioriteringer og hvilke tiltak som burde forsøkes før andre tiltak ble iverksatt. Totalt sett ga dokumentet lite støtte og veiledning til ansatte som stod i krevende situasjoner med selvmordsnære innsatte.

Det var også vanskelig å se hvordan disse tiltakene faktisk ble benyttet overfor innsatte. Da vi ba fengselet oversende alle aktive tiltaksplaner for forebygging av selvmord for perioden januar 2022 til mars 2023, mottok vi kun én. Denne var datert omtrent halvannet år før besøket, og tiltakene var opp mot to år gamle. Det var ikke noe som tydet på at fengselet hadde et system for å dokumentere og følge med på tiltak som skulle forebygge selvmord overfor enkeltinnsatte.

I tillegg til individuelle forebyggingsplaner, bør fengselet vurdere overordnede forebyggingstiltak på institusjonsnivå, som blant annet økt meningsfull aktivitet og menneskelig kontakt. Forskning har vist at forebyggingstiltak ikke bør avgrenses kun til enkeltindivider, men også rette seg mot andre innsatte som lever tett på den selvmordsnære innsatte.¹³⁶ Til tross for mange selvmordsforsøk og en betydelig økning i selvskading de siste årene, kunne vi ikke se at Bredtveit hadde utarbeidet noen overordnede forebyggingsstrategier eller arbeidsmetoder for å redusere selvmordsrisikoen på institusjonsnivå.

7.4 Isolasjon ved selvskading og selvmordsrisiko

Det er solid kunnskapsgrunnlag for at isolasjon kan øke risikoen for selvmord, selvskading og utvikling av alvorlige psykiske lidelser (se kapittel 6.1 *Skadevirkninger av isolasjon*).

Til tross for dette tydet dokumentgjennomgangen på at fengselets tiltak når det var identifisert selvmordsrisiko, begrenset seg til kortsiktige og tekniske tiltak for å avverge akutt fare, som intensivt overvåkning og isolasjon. Det så gjennomgående ut til at innsatte som var plassert på fellesskapsavdelinger ble utelukket fra fellesskap (isolert) og flyttet til den restriktive avdeling 3, hvis de fortalte om selvmordstanker (se kapittel 6.3 *Isolasjon ved utelukkelse fra fellesskapet* og 8.2 *Å leve tett på andres lidelse*).

I utelukkelsesvedtakene kom det i liten grad fram informasjon om andre tiltak som var forsøkt. Ikke i noen av vedtakene vi gjennomgikk var det gitt en nærmere begrunnelse for hvorfor isolasjon på cella skulle forebygge videre selvskading.

Av vaktjournaler og hendelsesjournaler kom det fram en rekke eksempler på hvor skremmende og vanskelig innsatte opplevde det å bli plassert i avdeling 3. En innsatt som, etter å ha kommet tilbake

¹³⁵ Zhong, S., Senior, M., Yu R., m.fl. (2021); Favril, L., Shaw, J., Fazel, S. (2022).

¹³⁶ Favril, L., Yu, R., Hawton, K., m.fl. (2020), s. 689.

fra legevakten der hun hadde fått behandling for selvsykdom, fikk beskjed om at hun skal flyttes til avdeling 3, sa «det kommer ikke til å gå bra». Hun nektet å gå opp til avdelingen i fjerde etasje. De ansatte satte på henne håndjern, og hun ble båret opp og plassert på en forsterket celle der hun gråt og hyperventilerte og gjentok at hun ikke kunne «være på denne cellen». Da den innsatte hadde roet seg noe ned, ble cellen låst og hun ble utelukket fra fellesskapet.

I en liknende hendelse som gjaldt en annen person sa innsatte som nettopp var tilbakeført fra sykehus at hun kom til å strangulere seg hvis hun ble flyttet til avdeling 3. På bakgrunn av hennes historikk ble hun da overført til sikkerhetscelle. Innsatte tilbrakte natten på sikkerhetscelle før hun dagen etter ble flyttet som følge av behov for plassene i sikkerhetsavdelingen.

Statistikk mottatt fra KDI viser at Bredtveit fengsel har hatt en markant økning av utelukkelse for å hindre skade på seg selv eller andre. Vår dokumentgjennomgang avdekket i tillegg at flere av utelukkelsesvedtakene som ble hjemlet i bestemmelsen om å opprettholde ro, orden og sikkerhet, i realiteten var begrunnet i innsattes selvsykdom.

Gjennomgangen ga et godt grunnlag for å slå fast at isolasjon er en relativt fast prosedyre for å håndtere innsatte som skader seg selv eller gir uttrykk for selvmordsrisiko. Det kom videre fram at forverring i den psykiske helsen til den innsatte under isolasjonen i svært mange tilfeller ble håndtert med å eskalere isolasjonstiltaket og overføre den innsatte til sikkerhetscelle. En gjennomgang av alle vedtak om plassering på sikkerhetscelle i tre utvalgte måneder (september og desember 2022 og mars 2023), viste at 16 av totalt 23 vedtak ble fattet som følge av bekymring for selvsykdom og selvmordsfare.

Nesten alle vedtakene manglet konkrete beskrivelser av at det var forsøkt forebyggende tiltak før en innsatt som skadet seg eller ble vurdert å ha selvmordsrisiko ble isolert.

I dokumentgjennomgangen kom det for eksempel fram at en innsatt delte med ansatte at en dato seks dager fram i tid var særlig vanskelig for henne som følge av tidligere opplevelser på denne dagen. Det var notert at vaktleder spurte om det var noe de kunne gjøre for å hjelpe, og innsatte svarte at samtale hjalp. Dagen etter fortalte hun en betjent at hun trengte mange samtaler, og at hun hadde fått hjelp med det under opphold i andre fengsler. Betjenten noterte dette: «Jeg prøver å forklare henne at det er vanskelig å avtale faste daglige samtaler her på grunn av lav bemanning og høyt aktivitetsnivå». Dagen etter ga den innsatte uttrykk for at fengselet måtte ha en plan for henne den aktuelle datoen, fordi det var en tung dag hvor hun kunne komme til å gjøre seg selv noe alvorlig. Først kvelden før den varslede datoen var det beskrevet en samtale med den innsatte etter oppfordring fra betjenter og presten. Som en konsekvens av samtalen ble hun plassert på forsterket celle. Etter et stranguleringsforsøk der ble hun overført videre til sikkerhetscelle hvor hun var i nesten 22 timer. Til tross for at fengselet i dette tilfellet fikk informasjon som ga dem mulighet til å forebygge gjennom samtaler og aktiviteter, måtte den innsatte tilbringe en periode hun visste kom til å bli spesielt tung, alene i isolasjon.

Dokumentgjennomgangen avdekket en rekke eksempler på at innsatte var plassert på sikkerhetscelle etter stranguleringsforsøk eller dunking av hodet i vegger og gulv inne på egen celle. I noen tilfeller startet dunkingen først etter at den innsatte var flyttet til en forsterket celle (se *kapittel 6.4 Isolasjon på forsterket celle*). Det var også flere eksempler på at innsatte fortsatte med langvarig dunking av hodet inne i sikkerhetscellen. I flere tilfeller kom det fram at den innsatte hadde dunket hodet sitt

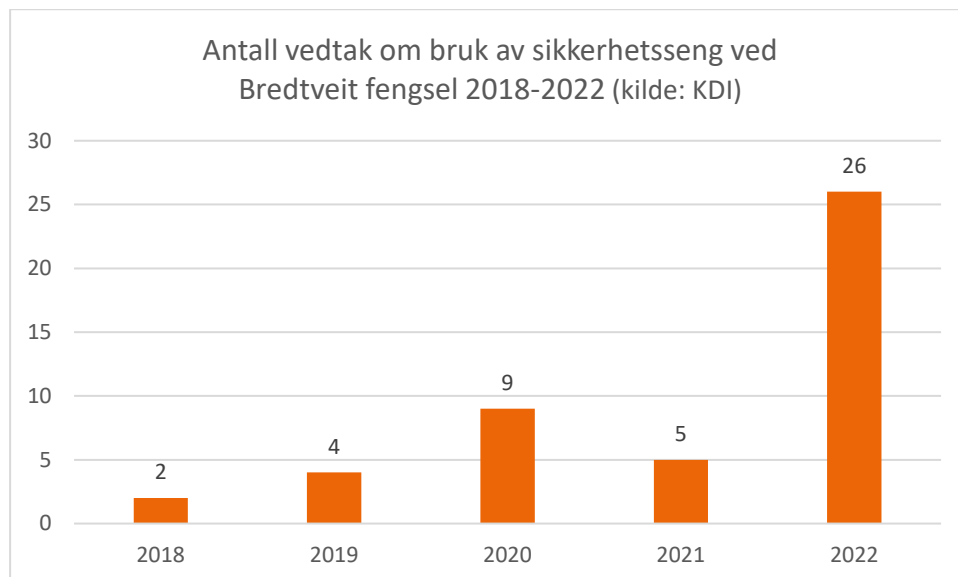
over flere timer. I tillegg til at sikkerhetscelle er meget inngripende, illustrerer dette at det heller ikke er et egnet tiltak for å stanse selvskading når den innsatte dunker hodet i betongen.

Når innsatte som skader seg selv eller oppleves som selvmordsnære plasseres på sikkerhetscelle må det forventes et tett oppfølgingsarbeid for å avslutte plasseringen så raskt som mulig, slik at den innsatte kan komme tilbake til omgivelser som i mindre grad utgjør en risiko for umenneskelig eller nedverdiggende behandling. Når sikkerhetscelle brukes overfor personer som er selvskadende eller selvmordsnære, er det særlig behov for oppfølging som tar sikte på å forebygge selvmord og selvskading. Dette er sikkerhetscellene spesielt lite tilrettelagt for. Utilstrekkelig oppfølging på sikkerhetscelle er nærmere omtalt i kapittel 6.5.3 *Manglende vurdering av fortsatt behov for sikkerhetscelle*. Gjennomgang av et stort antall vedtak og journaler for sikkerhetscelle avdekket at det var lite oppfølgingsarbeid i form av motiverende og tryggende samtaler eller andre positive tiltak som er egnet til å forebygge selvskading og selvmord.

7.5 Sikkerhetsseng ved selvskading og selvmordsrisiko

Å være i sikkerhetsseng betyr at man er festet med belter i en seng som står i en sikkerhetscelle. Den innsatte ligger på ryggen og blir festet med belter over brystet, hver arm og hvert ben, for å hindre bevegelse. Å bli lagt i belter medfører risiko for både fysiske og psykiske skader.

En sikkerhetsseng skal kun brukes for å hindre en innsatt i å skade seg selv.¹³⁷ Tall fra KDI viser at det i 2022 ble brukt belteseng 43 ganger totalt i alle fengslene. 42 av tilfellene gjaldt kvinner og 26 ble gjennomført ved Bredtveit fengsel. Dette tallet innebærer at det har vært en voldsom økning i bruk av sikkerhetsseng ved dette fengselet de senere årene.



Vi har gjennomgått 23 vedtak om overføring til sikkerhetsseng, der det første vedtaket ble fattet 6. juli 2022 og det siste 1. april 2023. Vedtakene omfattet fire innsatte. Begrunnelsene for plassering i

¹³⁷ Straffegjennomføringsloven § 38; Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, punkt 38.7. Versjon revidert 15. mars 2019.

belteseng var i all hovedsak selvskading i form av gjentakende dunking av hode mot gulv og vegger og i et lite antall strangulering, kutting og fjerning av sting i selvpåførte sår.

For ett av tilfellene mottok vi ikke protokoll, og kunne derfor ikke se hvor lenge den innsatte hadde vært i belter. I de resterende 22 tilfellene hadde de aller fleste ligget i belter i underkant av tre timer. I ett tilfelle lå en innsatt 16 timer i sikkerhetsseng.

I alle de 23 plasseringene i sikkerhetsseng vi gjennomgikk, var den innsatte først på sikkerhetscelle før hun ble lagt i belter. Vedtakene manglet i stor grad beskrivelser av hvilke andre virkemidler personalet hadde brukt for å unngå at den innsatte ble lagt i belter. I noen tilfeller kom det fram at personalet forsøkte å få til en dialog gjennom samtaler på sikkerhetscelle, med oppfordringer om å slutte med selvskading. Noen betjenter ga også omsorg eller avledet den innsatte på en konstruktiv måte. Hovedinntrykket var imidlertid at de ansatte hadde et snevert handlingsrepertoar for forebygging og avverging av selvskadingen.

I en rekke av vedtakene ble det lagt til grunn at plassering på sikkerhetscelle var forsøkt som et mindre inngripende tiltak før bruk av belter. Den omfattende bruken av sikkerhetscelle og belter fremstod som rutinemessig og etterlot et inntrykk av ansatte som opplevde seg som maktesløse i møte med innsattes selvskading. Bruken av belter når selvskadingen vedvarer eller eskalerer på sikkerhetscellen, gir grunn til sterk bekymring for at sikkerhetscelleplasseringen er en medvirkende årsak til at vedkommende legges i belter, og ikke et «mindre inngripende tiltak». Denne bekymringen har Sivilombudet tidligere påpekt.¹³⁸

I ett tilfelle var en innsatt i belter i nesten 16 timer, kun avbrutt av et kort opphold på sikkerhetscelle før hun ble plassert tilbake i belter. Den siste plasseringen varte hele natten. Til tross for at den innsatte gråt, skrek og klaget over smerter i armer og skuldrer, ble hun ikke tilsett av lege etter tilbakeføring til sikkerhetscelle på morgenen. Ordbruken i løpende journal ga et inntrykk av ansatte som viste liten forståelse for hvor skremmende og krenkende sikkerhetssengen opplevdes for den innsatte. Den innsatte ble bedt om å roe seg ned fordi hun holdt andre våkne og hun fikk korrigert sin «stygge språkførsel». Til tross for at den innsatte responderte positivt på menneskelig kontakt, valgte en betjent likevel å lukke døren til korridoren mer inntil, for at rommet skulle bli mørkt. Kort tid etter begynte den innsatte på nytt å hulke, sparke og slå mot madrassen. Av løpende journal fremgikk det videre at den innsatte i løpet av de 15 timene bare hadde ett ordinært toalettbesøk, samt at hun «av bemanningsmessige årsaker» ikke fikk gå på do før halvannen time etter at hun ba om det.

Tilsynene syntes å være kontinuerlige, men det var i de fleste tilfellene ikke klart om, eller hvordan, de ansatte jobbet for å roe ned situasjonen og bidra til at belteleggingen kunne avsluttes så tidlig som mulig. Dette tilsvarer funnene vi gjorde om manglende aktiv oppfølging når innsatte var på sikkerhetscelle (se kapittel 6.5.4 *Manglende oppfølging og vurdering av fortsatt behov for sikkerhetscelle*).

I noen løpende journaler gikk det fram at den innsatte hadde smerter under belteleggingen eller i etterkant, som følge av beltene.

I tre tilfeller var vedtakene om bruk av belter fattet mer enn to måneder etter at tvangsbruken ble gjennomført. Dette er et brudd på de innsattes rettsikkerhet (se kapittel 9.3 *Svake*

¹³⁸ Sivilombudsmannen (2020). Bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler, s. 18.

dokumentasjonsrutiner). I en tredjedel av sakene ble det fattet samlevedtak, det vil si vedtak som omhandlet både overføring til sikkerhetscelle og belteseng. Dette kan øke risikoen for at nødvendigheten av hvert tilfelle av tvangsbruk ikke vurderes og begrunnes særskilt.

7.6 Selvmordet 11. mars 2023

To dager før Sivilombudets besøk begikk en av de innsatte i fengselet selvmord i fellesarealene i avdeling. Statsforvalteren i Oslo og Viken har varslet at det vurderes å åpne tilsynssak i etterkant av selvmordet, for å undersøke om den avdøde fikk forsvarlig helsehjelp.

Utover dette er ikke Sivilombudet kjent med at selvmordet blir underlagt en grundigere undersøkelse av et uavhengig organ. Tilsynsrådet for kriminalomsorgen region øst informerte om at fengselet ikke varslet dem om selvmordet. Tilsynsrådet påpekte også i sin tilbakemelding til oss at deres mandat avskjærer rådet fra å se nærmere på helserelaterte spørsmål og at det er Statsforvalteren som har mandat til å gjøre tilsyn på dette området.

Tilsynsrådets svar illustrerer de store manglene i tilsyn av fengslene; tilsynsrådet for kriminalomsorgen blir ikke informert av fengselet om alvorlige hendelser som berører innsatte direkte, selv ikke ved dødsfall. Selvmord i fengsel anses først og fremst som en hendelse som berører helsepersonell. Sivilombudet pekte på denne svikten i tilsyn ved dødsfall i fengslene i rapporten om selvmord og selvskading i fengslene (2023). Selvmordet i Bredtveit fengsel den 11. mars 2023, bekrefter at det mangler eksternt tilsyn av fengselet selv i situasjoner der en innsatt i fengsel har omkommet.

Vi har gjennomgått dokumentasjon for å undersøke soningsforholdene for og helseoppfølgingen av den innsatte som begikk selvmord. Vår gjennomgang har avdekket et behov for endringer både av fengselets arbeid med selvmordsforebygging, og evaluering og læring i etterkant av at en innsatt tar sitt eget liv. Av hensyn til taushetsplikten beskriver vi ikke resultatene av denne undersøkelsen i nærmere detalj i rapporten. En gjennomgang og vurdering er blitt delt med fengselet, helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk.

Fengselet opplyste at alle innsatte ble låst inne på cellene i fem timer i etterkant av selvmordet. Det ble ikke fattet vedtak om kollektiv utelukkelse (se kapittel 9.3 *Svake dokumentasjonsrutiner*). I forbindelse med besøket fikk vi inntrykk av at mange innsatte opplevde svært manglende ivaretagelse i etterkant av det som for flere hadde vært en traumatisk opplevelse.

Fengselet hadde lister over hva de ansatte skulle foreta seg like etter et selvmord ble oppdaget. Listene var imidlertid stikkordmessige og ga lite støtte til ansatte i en slik situasjon.

7.7 Samlet vurdering av forebygging og håndtering av selvskading, selvmordsforsøk og selvmord

Samlet framsto fengselets arbeid for å forebygge selvmord og selvmordsrisiko som mangelfullt og usystematisk (se kapittel 9.1 *Manglende systemer og tydelig ledelse*). Det manglet både system for kartlegging av risiko for selvmord og selvskade ved innkost og for å identifisere og følge opp slik risiko underveis i fengselsoppholdet. Dette er særlig urovekkende i lys av den store økningen av selvskading og selvmordsforsøk i fengselet.

Vi savnet videre et mer systematisert samarbeid mellom helsetjenestene og fengselet om hvordan man sammen kan arbeide for å forebygge selvmord, både på et overordnet nivå og overfor enkeltinnsatte, se omtale av behov for samarbeid i kapittel 10.1 *Kriminalomsorgen og helsetjenestenes felles ansvar for å sikre innsattes tilgang til forsvarlige helsetjenester*.

Fengselet syntes i overveiende grad å besvare selvskading og uttrykk for selvmordsfare med isolasjon. Isolasjon som en hovedløsning illustreres i denne beskrivelsen:

«[innsatt] - overført sikkerhetscelle. Det begynte med et «usikkert» grunnlag, dvs. [den] innsatte var rar og urolig, og sa hun følte seg veldig suicidal og var usikker på kvelden. Kanskje et forsterket rom hadde holdt, men det var ikke tilgjengelig.»

Når isolasjon ble iverksatt syntes dette å låse fengselets videre håndtering inn i en skjematisk eskalering av isolasjonen: utelukkelse og flytting til avdeling 3, deretter flytting til en forsterket celle på avdeling 3 og videre flytting til sikkerhetscelle dersom den innsattes uttrykk og selvskading ble forsterket. Innsatte som fortsatte selvskadingen på sikkerhetscellen, ble lagt i belter.

Opphør av tiltakene ble gjort like skjematisk: innsatte på sikkerhetscelle ble overført til isolasjon i avdeling 3, ofte til forsterket celle. Først etter en periode med utelukkelse ble overflytting til fellesskapsavdeling igjen vurdert. Innsatte som var i belter, ble alltid først overført til isolasjon på sikkerhetscelle, til tross for at vedkommende var rolig da hun ble løst ut av beltene.

I en rekke dokumenter gikk det fram at det var opp til den innsatte å vise gjennom oppførsel og uttalelser at hun kunne flyttes ut av sikkerhetscelle, og dermed til mindre isolasjon. Praksisen syntes ikke å være i tråd med kravet om at tvangsmiddelbruken skal være strengt nødvendig for å håndtere den enkelte situasjonen.

Forskning peker på at tiltak som oppleves som straffende kan øke risikoen for selvskade og selvmordsforsøk og samtidig redusere sannsynligheten for at innsatte deler informasjon om selvmordstanker med ansatte.¹³⁹

Støttende menneskelig kontakt, enten med ansatte, andre innsatte eller familie og nettverk utenfor fengselet, er sentrale forebyggings tiltak. Lyttende ansatte som viser forståelse og evner å skape en god relasjon er en viktig del av dette.¹⁴⁰ Flere studier basert på intervjuer med innsatte som har overlevd selvmordsforsøk, viser at økt omsorg og kontakt med fengselsbetjenter og muligheten til å snakke med noen om selvmordstankene, kunne bidra til å forhindre selvmordsforsøk.¹⁴¹

¹³⁹ Hayes, L.M (2013); Slade, K. og Forrester, A. (2015). Shifting the paradigm of prison suicide prevention through enhanced multi-agency integration and cultural change. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 26 (6), 1-22.

¹⁴⁰ Slade, K. og Forrester, A. (2015).

¹⁴¹ Borrill, J., Snow, L., Medlicott, D., m. fl. (2005). Learning from near misses: Interviews with women who survived an incident of severe self-harm. *Howard League Journal*, 44 (1), 57-69; Marzano, L., Fazel, S., Rivlin, A., m.fl. (2011). Near-lethal self-harm in women prisoners: Contributing factors and psychological processes. *Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 22(6), 863-884; Rivlin, A., Fazel, S., Marzano, L., m.fl. (2013). The suicidal process in male prisoners making near-lethal suicide attempts. *Psychology, Crime & Law*, 19(4), 305–327.

Kriminalomsorgens egen forskning viser også at samtaler med innsatte trolig er det viktigste forebyggende tiltaket mot selvmord.¹⁴²

Vår gjennomgang viste at isolerte innsatte sjelden fikk minst to timer meningsfull menneskelig kontakt daglig (se kapittel 6.3.4 *Manglende tiltak for å forebygge skadevirkninger av isolasjon*). Selv om ressursteamet i noen grad kunne bistå enkeltinnsatte med samtaler og aktivisering, var dette i realiteten begrenset. Avdelingsbetjentene syntes i enda mindre grad å ha kapasitet eller arbeidsmetoder for å tilby isolerte innsatte meningsfull menneskelig kontakt og aktivitet. Ivaretagelse av innsatte gjennom økt aktivisering, økt sosialt fellesskap og økt mulighet for å være i fysisk bevegelse og i frisk luft syntes dermed i altfor liten grad å skje i fengselet.

Det er fengselsbetjentene som tilbringer mest tid med de innsatte og som derfor har størst mulighet både til å fange opp selvmordsfare og til å bidra til forebygging. Verdens helseorganisasjon (WHO) anbefaler at både fengselsbetjenter og helsepersonell som jobber med innsatte får opplæring i forebygging av selvmord, inkludert årlige oppfriskningskurs.¹⁴³ Manglende opplæring og oppdatert kunnskap i møte med selvmordsnære innsatte kan i verste fall føre til tiltak som medfører økt selvmordsrisiko.¹⁴⁴ Flere intervjuer avdekket ansattes opplevelse av hjelpeløshet og manglende kompetanse i møte med innsatte som gjentatte ganger skader seg selv (se kapittel 9.2 *Lav bemanning, høyt sykefravær og svakheter i opplæring og oppfølging av ansatte*).

Selv om den *akutte* faren for selvmord og selvskading kan begrenses når en innsatt plasseres alene på en naken celle, er det åpenbart at bruken av forsterket celle eller sikkerhetscelle er kortsiktige tiltak uten forebyggende, 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. Sikkerhetscelle har i tillegg elementer som bidrar til å redusere den innsattes verdighet, som at man må snakke med ansatte gjennom pleksiglass eller en smal luke i døren, at mat og drikke skyves inn gjennom en luke ved gulvet, ofte i nærheten av toalettet, at man må gå på do ved å sitte på huk over et hull i gulvet uten at man har mulighet til å skjule seg og at man ikke kan vaske hendene eller kroppen. Sivilombudet har tidligere understreket at det er spesielt kritikkverdig at personer som er i en akutt livskrise, og som ønsker å skade seg selv eller ta sitt eget liv, plasseres på sikkerhetscelle uten betryggende oppfølging.¹⁴⁵

Også bruk av belteseng i disse situasjonene er svært bekymringsfullt. Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (EMD) har i flere saker slått fast at beltelegging kan utgjøre en krenkelse av forbudet mot tortur og umenneskelig behandling i EMK art. 3.¹⁴⁶ Sivilombudet konkluderte i temarapporten *Bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler* (2020) med at bruk av

¹⁴² Hammerlin, Y. (2009). Selvmord og selvmordsnærhet i norske fengsler. Selvmordsforebyggende arbeid i fengsel. Kriminalomsorgens utdanningssenter (KRUS), s. 109.

¹⁴³ Verdens Helseorganisasjon (WHO) og Den internasjonale foreningen for selvmordsforebygging (IASP) (2007).

¹⁴⁴ Hayes, L.M. (2013).

¹⁴⁵ Sivilombudsmannen (2019). Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på meningsfull menneskelig kontakt i norske fengsler, s. 69.

¹⁴⁶ EMD *Henaf mot Frankrike*, klagenr. 65436/01, 27. november 2003; EMD *Witorko mot Polen*, klagenr. 14612/02, 31. mars 2009; EMD *Julin mot Estland*, klagenr. 16563/08, 29. mai 2012; EMD *Bures mot Tsjekkia*, klagenr. 37679/08, 18. oktober 2012; EMD *M.S. mot Kroatia (no. 2)*, klagenr. 75450, 19. mai 2015; EMD *Aggerholm mot Danmark*, klagenr. 45439/18, 15. september 2020.

belteseng gir høy risiko for umenneskelig behandling. Kriminalomsorgsdirektoratet besluttet høsten 2021 å avvikle bruk av belteseng som tvangsmiddel i norske fengsler innen 2024.¹⁴⁷

Sivilombudet konstaterer på denne bakgrunn en omfattende og alvorlig svikt i fengselets arbeid for å forebygge selvmord og selvskading, og dermed en høy risiko for at fengselet ikke ivaretar sine plikter til å forebygge selvmord og sikre retten til liv.

Anbefaling: Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord

- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at alle innsatte kartlegges for selvmord- og selvskadingsrisiko, både ved innsettelse og underveis i fengselsoppholdet.
- 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. Isolasjon bør ikke brukes for å forebygge selvskading og selvmord.
- Sikkerhetssengen i fengselet bør avskaffes.
- Fengselet bør sikre at informasjon blant annet om innsattes psykiske plager og selvmordstanker i fengslingskjennelser og fra andre eksterne aktører følges opp på en systematisk måte.

¹⁴⁷ Kriminalomsorgen (2021). Årsrapport, s. 52.

8 Soningsmiljøet

Rettslige krav og standarder

FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter slår fast i artikkel 10.1 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.¹⁴⁸

EMD har slått fast at statspartene må sikre at den enkelte fratras 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.¹⁴⁹

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.¹⁵⁰

8.1 Manglende forutsigbarhet, trygghet og stabilitet

I samtaler med de innsatte kom det fram at mange opplevde at betjenter var støttende, hjelpsomme og brydde seg om dem. Mange mente at de ansatte gjorde så godt de kunne i en krevende hverdag. Samtidig var det flere som pekte på stor variasjon og at noen av betjentene kunne være irriterte, stresset eller oppleves som aggressive. Flere opplevde at å bli flyttet til avdeling 3 var en trussel som kunne bli brukt mot dem i situasjoner der man var uenig med en betjent. I et lite antall samtaler kom det fram opplevelser av å bli trakassert eller utsatt for mobbing av ansatte.

De aller fleste innsatte vi snakket med ga uttrykk for sterk frustrasjon og bekymring over soningsforholdene. Det var gjennomgående en opplevelse av uforutsigbarhet og mangel på stabilitet og plan i hverdagen. Dette handlet om endringer i dagsplaner, uplanlagte innlåsing og avlysninger av arrangementer eller andre aktiviteter. Flere innsatte fortalte også om et tregt system, som blant annet medførte frustrerende forsinkelser i utlevering av post og personlige eiendeler fra effektlageret. For en innsatt som har små muligheter for å påvirke hverdagen, kan slike mindre endringer som fra utsiden kan se bagatellmessige ut, oppleves uoverstigelige og bidra til å skape frustrasjon og konflikt. Under besøket fikk vi brosjyren «Informasjon til innsatte ved Bredtveit fengsel- og forvaringsanstalt» som skulle gis innsatte ved innkomst. Brosjyren omfattet mye informasjon, og til dels svært detaljerte regler for hva de innsatte er pålagt eller ikke får lov til, samtidig som deler av informasjonen var utdatert og misvisende.

¹⁴⁸ FNs menneskerettskomité (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.

¹⁴⁹ 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.

¹⁵⁰ 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.

Mange innsatte viste til stadige skifter blant betjentene og høy bruk av vikarer som gjorde det vanskelig å etablere og opprettholde relasjoner med de ansatte i fengselet.

Den omfattende bruken av utelukkelse og ikke minst sikkerhetsceller, hadde negative konsekvenser for resten av fengselet. En rekke kilder dokumenterte at uro på avdeling 3, eller flytting av innsatte fra avdeling 3 til sikkerhetsavdelingen, gjorde at aktiviteter og planlagte arrangementer ble avlyst.

Noen innsatte ønsket i perioder å ikke være i fellesskapet, blant annet fordi det psykososiale miljøet på enkelte av avdelingene ble opplevd som vanskelig. Vårt inntrykk var at ansvaret for å leve med slike utfordringer i for stor grad blir lagt på den enkelte innsatte, uten tiltak for å gjøre noe med årsaken til at den innsatte ikke ønsker fellesskap, som i dette eksemplet:

«Ønsker ikke gå av utelukkelse. Blir forespurt om hva hun tenker om dagen videre da det ikke er ønskelig for oss å holde innsatte utelukket over lang tid. Innsatte forklarer at fellesskapet på [avdelingen] er destruktivt og at det bare er klaging og snakk om selvskadning. Sier hun blir negativt påvirket av dette og vil derfor skjerme seg selv. Innsatte fått i oppgave om å tenke på veien videre dersom hun får [forlenget varetektsfengsling] og om hun har tenkt til å fortsette i samme «spor» som før.»

Det ble også pekt på mangel på informasjon om endringer i hverdagen gjorde at det ble vanskelig for de innsatte å planlegge og man mistet muligheten til å forberede seg mentalt på at man ble mer innelåst eller mistet planlagt aktivitet. Det ble etterlyst informasjon og mulighet til evaluering eller debrief også av de innsatte i etterkant av det som ble omtalt som «skarpe hendelser» der det var blitt brukt makt overfor enkeltinnsatte. Slike former for involvering av personer som utsettes for inngripende tvangsbruk er lovpålagt i helse- og omsorgssektoren.¹⁵¹ Ombudet mener de innsattes medvirkning er sentral for å fremme et godt soningsmiljø.

Mange av betjentene erkjente at arbeidsforholdene gjorde at de innsatte i perioder ble låst inne mer enn de skulle, eller at det var planlagte oppgaver som måtte utsettes. Det var samtidig få som satte ord på belastningen som fulgte av uforutsigbarheten i hverdagen for de innsatte.

Både under besøket og i gjennomgang av dokumenter kom det fram en rekke eksempler på konflikter mellom innsatte. I noen tilfeller var det blitt utøvd vold. Konfliktene bidro til å skape uro og utrygghet blant andre innsatte. Vi så eksempler på at man hadde forsøkt å løse opp i konflikten ved hjelp av samtaler med de berørte, men i flere slike konfliktsituasjoner var det ikke mulig for oss å se hvordan konflikten var blitt håndtert fra fengselets side. Det kom fram informasjon som tydet på at innsatte i noen situasjoner valgte å isolere seg selv for å unngå utrygge situasjoner.

For noen av de innsatte ble belastningene forsterket fordi fengselet ikke sørget for rimelige tilpasninger til deres situasjon. Til tross for ombudets anbefalinger etter forrige besøk i 2016 og et tydelig lovverk på området, ble vi under besøket kjent med at utenlandske innsatte i liten grad syntes å få tilgang til tolk, selv når det var viktig informasjon som skulle formidles.¹⁵² Det gjaldt også en innsatt som var blind, men ikke hadde tilgang til mobilitetsstokk eller annen form for tilrettelegging. Den stadige flyttingen mellom avdelinger og mangelen på stabilitet i personalet forsterket hennes

¹⁵¹ Barnevernsloven § 10-7 andre ledd; Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 9-4 jf. 9-3; Psykisk helsevernloven § 4-2 andre og tredje ledd

¹⁵² Lov om offentlige organers ansvar for bruk av tolk mv. § 6; Sivilombudsmannen (2016). Rapport fra besøk til Bredtveit fengsel.

vansker med å forflytte seg trygt på avdelingen. Det syntes heller ikke bli gjort noen tilpasninger i eller oppfølgninger overfor unge innsatte under 24 år, selv om det var flere i denne kategorien under vårt besøk. Dette er ikke i samsvar med kriminalomsorgens egen fagstrategi for unge innsatte.¹⁵³

Internasjonale menneskerettighetsstandarder slår fast at overvekten av de ansatte som er i kontakt med kvinnelige innsatte bør være kvinner.¹⁵⁴ Den ansattes kjønn er særlig viktig i intime situasjoner som kroppsvitasjoner og urinprøvetaking. I Bangkokreglene slås det fast at vitasjon av kvinnelige innsatte kun skal utføres av kvinnelige ansatte.¹⁵⁵ I dokumentgjennomgangen så vi også notert at det var menn til stede under vitasjoner, men at disse skal ha snudd seg når den innsatte var naken. Dersom det er sikkerhetsmessig umulig å gjennomføre en vitasjon uten at det er mannlig ansatt til stede, må den innsatte som et minimum informeres og betrygges i forkant av vitasjonen om at den mannlige ansatte ikke skal se vedkommende naken.

Stadige flyttinger mellom avdelinger, og særlig bruken av avdeling 3, syntes å være en hovedkilde til frustrasjon og opplevelse av utrygghet. Innsatte som de første dagene eller ukene av innsettelsen hadde sittet på avdeling 3 fordi prosedyren var slik at nye skulle plasseres der, beskrev den første perioden i fengselet som skremmende og sjokkerende. Noen hadde fått angstproblemer i etterkant. Opplevelsen syntes å være ved etter at de var flyttet til andre avdelinger og bidro til en frykt for å bli plassert tilbake på avdeling 3. Til tross for dette, så vi at innsatte ble flyttet til avdeling 3 hvis det i en periode var behov for ekstra tilsyn. I tillegg til den problematiske praksisen med å plassere innsatte som ble vurdert som selvmordsnære på avdeling 3 (se kapittel 7 *Selvskadning, selvmordsforsøk og selvmord*), gjaldt dette for eksempel innsatte som skulle starte opp med nye medisiner.

Samlet syntes de stadige endringene i innsattes hverdag, og særlig uplanlagte begrensninger i muligheten for fellesskap og sosial kontakt, og plassering på avdeling 3, å bidra til frustrasjon og til en opplevelse av utrygghet og mangel på stabilitet hos de innsatte. I noen tilfeller så denne situasjonen i seg selv ut til å være utløsende for hendelser som endte med at en innsatt ble plassert på sikkerhetscelle (se kapittel 6.5 *Isolasjon på sikkerhetscelle*).

8.2 Å leve tett på andres lidelse

Både besøket og gjennomgangen av et omfattende dokumentmateriale viste at hele fengselet over lang tid hadde vært sterkt preget av innsatte som skadet seg selv. En omfattende økning både i selvskadning og bruk av tvangsmidler de siste årene skapte en situasjon som påvirket alle i fengselet negativt (se kapittel 7 *Selvskadning, selvmordsforsøk og selvmord*).

De aller fleste av de innsatte vi snakket med, uttrykte et ønske om at de som skadet seg selv måtte få hjelp. Samtidig opplevde de det som veldig belastende å sone sammen med dem, ikke minst fordi lyden av innsatte som dunket hodet i gulv eller vegger, sparket i celledører og inventar, eller skrek og gråt høylytt. Disse lydene spres nærmest uhindret i det gamle bygget og preget særlig avdeling 1, 2 og 3 som ligger i hver sin etasje i samme bygg. Under vårt besøk overhørte vi selv lyden av en innsatt som dunket hodet i vegg eller gulv to etasjer over oss. Dette fortsatte i omtrent 40 minutter.

Også situasjoner der innsatte ble flyttet til sikkerhetscellene i sikkerhetsavdelingen skapte et voldsomt og skremmende bråk. I disse situasjonene blir innsatte i mange tilfeller båret ned fra

¹⁵³ Kriminalomsorgen (2021-2026). Fagstrategi om unge domfelte og innsatte 18–24 år.

¹⁵⁴ Mandelareglene, regel 81; CPT (2018). Women in prison, factsheet CPT/Inf 2018 (5), punkt 5, s. 7.

¹⁵⁵ Bangkokreglene, regel 19.

avdeling 3 i fjerde etasje, forbi avdeling 2 og 1, iført håndjern og strips. Innsatte gjør ofte stor motstand både verbalt og fysisk og situasjonene medførte voldsom støy.

I tillegg til at støyen er en påkjenning i seg selv, er det en stor psykisk belastning at støyen nesten alltid er et uttrykk for andre menneskers lidelse og fortvilelse.¹⁵⁶ Belastningen øker enda mer når innsatte i flere eller alle avdelingene låses inne alene på hver sin celle fordi betjentene må bistå i avdeling 3. Det kom fram at lydene og kunnskapen om pågående selvskading og selvmordsforsøk skapte stor utrygghet og i flere tilfeller trigget andre innsatte til å skade seg selv. Innsatte som ga uttrykk for selvmordstanker, ble oftest nettopp plassert i avdeling 3 i fjerde etasje der uroen og støyen var mest intens. Under vårt besøk ga flere innsatte uttrykk for at de ikke våget å fortelle ansatte om slike tanker, av frykt for å bli flyttet til avdeling 3, utelukket fra fellesskapet og i ytterste konsekvens plassert på sikkerhetscelle. To innsatte formulerer seg slik:

«Noen ganger føles det som vi lever i en skrekkfilm, med all skrikingen og dunkingen.»

«Blir redd for at det samme skal skje for en selv.»

Det voldsomme uttrykket for lidelse og frustrasjon bidro også direkte til at innsatte ble utelukket eller plassert på sikkerhetscelle. I enkelte løpende journaler for sikkerhetscelle kom det fram at innsatte ba om å få bli på sikkerhetscellen, fordi uroen og støyen i avdeling 3 skremte og gjorde innsatte urolig.

8.3 Uforholdsmessig maktbruk

Ubalansen i maktforholdet mellom ansatte og innsatte skaper i seg selv 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.¹⁵⁷ En god institusjonskultur er i seg selv tvangsforebyggende.¹⁵⁸ Ansattes opplevelse av stress, maktesløshet og tidspress kan derimot øke risikoen for uforholdsmessig maktbruk (se kapittel 9 *Svikt i ledelse og bemanning*).¹⁵⁹

EMD har slått fast at fysisk maktbruk mot personer som er frihetsberøvet som ikke er strengt nødvendig på grunn av personens atferd, vil utgjøre en krenkelse av EMK artikkel 3.¹⁶⁰ Dette er også understreket i Mandelareglene.¹⁶¹

¹⁵⁶ Hellebust, M., Scharff, P. S. og Lundeberg, I. R. (2023).

¹⁵⁷ FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter (SP) artikkel 10. Se også 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.*

¹⁵⁸ Penal Reform International og Association for the Prevention of Torture (APT) (2015). *Institutional culture in detention: a framework for preventive monitoring.*¹⁵⁹ Se også CPT (2017). *Report after visit to the United Kingdom*, CPT/Inf 2017 (9), avsnitt 74: "(...)it is clear that continued exposure to highly stressful or violent situations can generate psychological reactions and disproportionate behaviour."

¹⁵⁹ Se også CPT (2017). *Report after visit to the United Kingdom*, CPT/Inf 2017 (9), avsnitt 74: "(...)it is clear that continued exposure to highly stressful or violent situations can generate psychological reactions and disproportionate behaviour."

¹⁶⁰ EMD *Bouyid mot Belgia*, klagenr. 23380/09, 28. september 2015, avsnitt 88 og 100-101; EMD, *Perkov mot Kroatia*, klagenr. 33754/16, 20. september 2022, avsnitt 31. De europeiske fengselsreglene, regel 64.2.

¹⁶¹ Mandelareglene, regel 82.1.

I forbindelse med besøket ble vi kjent med enkelthendelser hvor ansatte tilsynelatende hadde brukt mer makt enn situasjonen nødvendiggjorde. Ved et tilfelle hadde en innsatt som var plassert på sikkerhetscelle i forbindelse med at hun fikk utlevert mat, tatt hendene ut av luken ved gulvet som brukes for å gi mat til innsatte på sikkerhetscelle. Da den innsatte ikke ville trekke hendene tilbake ble det brukt stor fysisk makt for å dytte hendene hennes inn gjennom luken. Av løpende journal gikk det fram at den innsatte «fikk trolig veldig vondt». Dagen etter mistenkte man brudd, og hun ble fraktet til legevakt hvor det ble konstatert en kraftig forstuing. Det var vanskelig å forstå hvorfor det var tvingende nødvendig å lukke luken ved gulvet. Den sterke maktutøvelsen syntes ut fra beskrivelsen å være klart uforholdsmessig.

I dokumentgjennomgangen ble vi også kjent med at en innsatt ble pasifisert, påsatt håndjern og flyttet fra avdeling med lavere sikkerhet. I etterkant ble legevakt tilkalt. I tillegg ble det tatt bilder av blåmerke på den innsatte, på anmodning fra innsattes advokat. Vi har ikke kjennskap til detaljene i dette forløpet, men omtalen i dokumentene gjør oss bekymret for at det ble brukt for mye makt i situasjonen.

Selve overføringen til sikkerhetscelle kunne innebære en relativt stor fysisk maktanvendelse. I flere tilfeller ble det beskrevet at innsatte ble båret ned til sikkerhetscellene fra fjerde etasje påført håndjern og strips på bena. Så inngripende maktbruk under forflytning med lite plass til å bevege seg på, øker risikoen for fysiske skader og traumer. I noen situasjoner ble innsattes klær klippet av inne på sikkerhetscellen. Å bli håndtert slik og etterlatt alene på en sikkerhetscelle kan også øke belastningen av isolasjonen. I et tilfelle ringte en innsatt på callingen fra sikkerhetscellen og fortalte at hun hadde brennende og verkende smerte håndleddet. Årsaken syntes å være bruk av håndjern under flytting til sikkerhetscellen.

I dokumentgjennomgangen ble vi også kjent med at en innsatt var plassert på sikkerhetscelle i nesten åtte døgn. De tre første døgnene av dette oppholdet hadde ikke den innsatte madrass på sikkerhetscellen, men måtte sove rett på betonggulvet, med bare rivesikkert teppe. Hun ba om madrass gjentatte ganger og fortalte at hun frøs, og etter to netter på sikkerhetscellen ble følgende notert i den løpende journalen:

«Innsatte etterspør madrassen og får beskjed om at dersom hun oppfører seg kan det vurderes om hun får inn madrass etter hvert.»

Litt senere står det i den løpende journalen:

«Hun etterspør mat og sier at hun har vondt i kroppen etter å ha ligget på gulvet i tre dager.»

Oppføringerne i journal etterlater et inntrykk av at man straffer den innsatte ved å frata henne madrassen, og at hun må gjøre seg fortjent til å få den inn på cellen.

Også trussel om maktbruk kan utgjøre en risiko for krenkelse. I flere logger fant vi beskrivelser som tydet på at plassering på sikkerhetscelle ble brukt som trussel. Ett slikt tilfelle gjaldt en innsatt som skadet seg selv:

«[innsatte] sier selv at hun skal klare seg fint igjennom helga. Hun vet at veien til sikkerhetscelle er kort. Så det er å bruke det for alt det er verdt siden hun begynte å grine sist gang hun kom ned dit på onsdag kveld. Og det har hun ikke gjort før.»

Samlet framsto soningsforholdene som uverdige og med en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Anbefaling: Soningsmiljøet

- Fengselet bør arbeide systematisk for å sikre verdige soningsforhold for alle innsatte.
- Fengselet bør iverksette tiltak for å sikre at ansatte ikke utøver uforholdsmessig fysisk maktbruk, herunder i forbindelse med flytting av innsatte.
- Fengselet bør tilby tolk ved innkomstsamtale til alle innsatte som ikke har tilstrekkelige språkferdigheter. Under oppholdet i fengsel bør tolk brukes når viktig informasjon skal gis eller innsatte ønsker å formidle informasjon til fengselet. Tilbud om og bruk av tolk bør dokumenteres.
- Fengselet bør tilrettelegge soningsforholdene for personer med ulike funksjonsnedsettelse, og sikre tilgang til nødvendige hjelpemidler.
- Fengselet bør sikre at mannlige ansatte ikke er til stede under kroppsvisitasjoner av innsatte.

9 Svikt i bemanning og ledelse

Rettslige krav og standarder

Tilfredsstillende ledelse og organisering av et fengsel er sentralt for å sikre at de innsattes grunnleggende rettigheter ivaretas. Ifølge De europeiske fengselsreglene skal fengsler styres innenfor et etisk rammeverk som anerkjenner plikten til å behandle alle human og med respekt for deres iboende menneskeverd.¹⁶² Alle ansatte må oppfylle strenge krav til profesjonalitet og personlig egnethet, og fengselsledelsen bør ha særlig oppmerksomhet mot forholdet mellom betjenter i førstelinjen og de innsatte.¹⁶³

Fengsler skal være organisert og ledet slik at høye faglige standarder, nasjonal og internasjonal rett overholdes, og med nok bemanning til å kunne opprettholde et trygt fengselsmiljø. Fengslene må kunne håndtere nødsituasjoner og raskt kunne komme tilbake i ordinær drift. Ledelsen har også ansvaret for å legge til rette for god kommunikasjon mellom ulike yrkesgrupper som yter tjenester til innsatte, både innad i fengslene og med instanser utenfor fengselet, spesielt omsorgstjenester eller tjenester som ledd i tilbakeføring til samfunnet.¹⁶⁴ Fengselsledelsen må være tilstrekkelig kvalifisert og inneha personlige egenskaper, lederegenskaper, profesjonell opplæring og erfaring for å kunne forvalte ansvaret.¹⁶⁵ CPT anbefaler at fengselslederen regelmessig bør være til stede der kvinnelige innsatte oppholder seg, og ha direkte kontakt med dem.¹⁶⁶

Fengselsledelsen skal også sikre at alle ansatte gjennom yrkesløpet kan opprettholde og utvikle sin fagkompetanse gjennom videreutdanning og kursing.¹⁶⁷ Ansatte som jobber med særskilte grupper av innsatte, som kvinner eller personer med psykisk sykdom, skal gis spesifikk opplæring.¹⁶⁸ Alle ansatte skal også ha opplæring om menneskerettslige krav og standarder.¹⁶⁹

9.1 Manglende systemer og tydelig ledelse

Både besøket og den omfattende dokumentgjennomgangen avdekket store mangler i fengselets systemer og manglende planmessighet i arbeidet generelt.

Vi fant at det manglet systematisk kartlegging av innsattes selvmordsrisiko ved innkomst og underveis i varetekt eller soningen, og det manglet systemer for å sikre at det ble utarbeidet tiltaksplaner dersom en innsatt ble vurdert å være selvmordsnær (se kapittel 7 *Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord*). I tillegg til manglende iverksettelse av KDIs retningslinje om selvmordsforebygging, manglet det oppfølging av KDIs fagstrategi for unge innsatte 18-24 år.

Ansatte hadde gjennomgående en opplevelse av store mangler og lite systematikk i fengselets HMS-arbeid og at det var uklart hvordan avvik ble fulgt opp. Det syntes ikke å være noen systematisk gjennomgang av arbeidet med avvikshåndtering i ledergruppen, beredskapsplaner var ikke kjent og det ble opplevd som uklart hvem i ledelsen som hadde hvilket ansvar i en krisesituasjon. Det syntes å

¹⁶² De europeiske fengselsreglene, regel 72.1 (Sivilombudets oversettelse).

¹⁶³ De europeiske fengselsreglene, regel 72.4 og 74.

¹⁶⁴ De europeiske fengselsreglene, regel 83 og 87.1.

¹⁶⁵ De europeiske fengselsreglene, regel 84.1.

¹⁶⁶ CPT (2018). Women in prison, factsheet CPT/Inf 2018 (5), kap.5, s. 7.

¹⁶⁷ De europeiske fengselsreglene, regel 81.2.

¹⁶⁸ De europeiske fengselsreglene, regel 81.3.

¹⁶⁹ De europeiske fengselsreglene, regel 81.4.

mangle et system for å fange opp viktig informasjon fra fengslingskjennelser, politiet og andre eksterne aktører.

Det var gjennomgående klare svakheter og alvorlige mangler i fengselets dokumentasjonsrutiner (se kapittel 9.3 *Svake dokumentasjonsrutiner*).

Til tross for de store utfordringene med omfattende selvskading og selvmordsforsøk, samt den voldsomme økningen i bruk av sikkerhetscelle og utelukkelse, hadde ikke ledelsen iverksatt et systematisert arbeid for å håndtere disse problemstillingene. Vi savnet grep for å forebygge bruk av tvangsmidler og fange opp bruk av utelukkelse og sikkerhetscelle som ikke tilfredstilte lovens vilkår (se kapittel 6 *Isolasjon: utelukkelse fra fellesskapet og plassering på sikkerhetscelle*). Dette var særlig urovekkende i lys av at dette var en utvikling som hadde forsterket seg over flere år, og som preget store deler av den daglige driften av fengselet.

Fra ledelsens side ble det spesielt pekt på et langvarig behov for at helsetjenestene tok større ansvar for de innsatte. Et felles møtepunkt på ledelsesnivå mellom fengselet, primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten var likevel først nylig kommet på plass (se kapittel 10.1 *Kriminalomsorgen og helsetjenestenes felles ansvar for å sikre innsatte tilgang til forsvarlige helsetjenester*).

Veiledning og støtte til ansatte framstod også som usystematisk og i stor grad manglende. Vaktledergruppen syntes å være underbemannet, ha for stort ansvarsområde og mangle ledelsesoppfølging (se kapittel 9.2 *Lav bemanning, høyt sykefravær og svakheter i oppfølging av ansatte*). Det ble savnet oppfølging av sykemeldte.

Ord som «brannslukking» og «holde hodet over vann» gikk igjen i en lang rekke intervjuer med ansatte, også hos ledelsen. Mange savnet en tydeligere ledelse som tok vanskelige, men nødvendige avgjørelser. Samlet framsto underbemanning, manglende ledelsesstøtte og fravær av planmessighet og systematikk i arbeidet, som store utfordringer i fengselet.

9.2 Lav bemanning, høyt sykefravær og svakheter i opplæring og oppfølging av ansatte

Bemanning og sykefravær

Normalbemanningen ved høyt sikkerhetsnivå i Bredtveit fengsel var åtte betjenter, én fengselsbetjent i sentralvakta og én førstebetjent som vaktleder. Betjentene var fordelt med to på hver av de fire avdelingene. Om natten var bemanningen tre betjenter i hele fengselet.

Fengselet hadde i tillegg et ressursteam som skulle forebygge og hindre langvarig isolasjon for innsatte med alvorlige psykiske lidelser (se kapittel 6.3.5 *Særlige tiltak ved langvarig isolasjon*).

Bemanningen innebar at det skulle lite fravær til før det fikk konsekvenser for driften av fengselet og de innsatte. Ved hendelser på én avdeling som utløste alarm, måtte betjenter fra øvrige avdelinger forlate disse for å bistå i hendelsen. Hendelser som medførte plassering på sikkerhetscelle la beslag på fire-fem betjenter og store deler av vaktlederens kapasitet. Når personer er plassert på sikkerhetscelle eller i belteseng skal én betjent kontinuerlig oppholde seg i sikkerhetsavdelingen. I 2022 og ut februar 2023 ble innsatte overført til sikkerhetscelle 117 ganger. Den lave bemanningen innbar dermed at innsatte på en eller flere øvrige avdelinger ble beordret inn på cellene slik at avdelingene kunne låses ned mens ansatte bistod, normalt i avdeling 3 og med å bære innsatte til sikkerhetsavdelingen og gjennomføre visitasjon og plassering der.

Det kom fram at avdeling 4 i mange situasjoner kun hadde én betjent på jobb gjennom en hel vakt fordi den andre ble brukt til å dekke opp fravær på andre avdelinger.

Selv om ressursteamets mandat var å følge opp enkeltinnsatte, ble teamet i flere tilfeller satt inn i normalbemanningen for å dekke opp for sykefravær, i tillegg til at de noen ganger ble brukt for å bemanne sikkerhetsavdelingen (se kapittel 6.3.5 *Særlige tiltak ved langvarig isolasjon*).

Sykefraværet hadde vært høyt og til dels svært høy over lengre tid. Vi fikk opplyst at det samlede sykefraværet (betjenter i turnus og administrativt personale samlet) i fengselet i gjennomsnitt var 14 prosent i 2022. Mange av betjentene refererte til at symeldingsandelen blant dem i lange perioder var på over 20 prosent. Langtidsfravær hadde økt mest.¹⁷⁰ Det var også en opplevelse blant de ansatte at mange sluttet i jobben og at det derfor var høy utskiftning med mange nye.

Overtidsbruken var høy, med enkelte ansatte som hadde jobbet flere hundre overtidstimer i 2022.

Både ledelsen, ansatte og innsatte ga uttrykk for at bemanningen var for lav og at dette fikk en rekke alvorlige konsekvenser (se blant annet kapittel 8.1 *Manglende forutsigbarhet, trygghet og stabilitet*). Samlet framsto bemanningen som for lav for å sikre forsvarlig drift av fengselet. Ombudet er alvorlig bekymret for de negative konsekvensene av lav bemanning, og understreker at fengslene til enhver tid må ha nok bemanning for å kunne opprettholde et trygt fengselsmiljø.¹⁷¹ CPT har gjentatte ganger understreket at en generelt lav bemanning vil svekke utviklingen av positive relasjoner og vil, mer generelt, skape et utrygt miljø for både ansatte og innsatte. I tillegg til å skape en potensielt farlig situasjon for sårbare innsatte, vil dette også representere farer for ansatte. CPT har videre understreket at lav bemanning vil ha negativ effekt på programmer og aktiviteter for innsatte og gjøre det nærmest umulig å legge til rette for et akseptable soningsforhold. Ifølge CPT er det åpenbart at å bli eksponert for kontinuerlige sterkt stressende eller voldelig situasjoner kan skape uforholdsmessig oppførsel.¹⁷²

Komiteen har på denne bakgrunnen anbefalt at ansvarlige myndigheter iverksetter tiltak som sikrer at det alltid er tilstrekkelig antall ansatte med rett kompetanse til stede.¹⁷³

Opplæring og oppfølging av ansatte

Et fengsel er en krevende arbeidsplass. Ansatte skal både ivareta sikkerhet og være førstelinje overfor en sammensatt gruppe innsatte med ulike behov, der det må tas høyde for voldsrisiko, psykiske lidelser, ruslidelser og mange med traumehistorikk. De ansatte skal bidra til rehabilitering og møte den innsatte på en human, verdig og rettferdig måte, uavhengig av den innsattes bakgrunn. I dette arbeidet er det viktig at ansatte får opplæring og mulighet til å opprettholde og oppdatere sin kompetanse.¹⁷⁴ CPT har i sine rapporter etter fengselsbesøk uttalt at fengselsansatte må sikres

¹⁷⁰ Statistisk sentralbyrå definerer langtidsykefravær som fravær over åtte uker, se Statistisk sentralbyrå (1993). Notat om sykefraværstatistikk, s. 9.

¹⁷¹ De europeiske fengselsreglene, regel 83A.

¹⁷² CPT (2017). Report after visit to the United Kingdom, CPT/Inf 2017 (9), avsnitt 74.

¹⁷³ CPT (2017). Report after visit to the United Kingdom, CPT/Inf 2017 (9), avsnitt 74: "sufficient staff are allocated to, and actually present [...] at all times, the skills set and mix of staff deployed [...] is adequate for the level of risk assessed and that the allocated budget does not impact the core operational safety of a prison"

¹⁷⁴ Coyle, A. og Fair, H., A. (2018). *Human Rights Approach to Prison Management. Handbook for prison staff, in cooperation with ICRC*. University of London, side 17.

tilstrekkelig psykologisk støtte og oppfølging samt tilstrekkelig opplæring, inkludert oppfriskningskurs.¹⁷⁵

Ansattes behov for oppdatert og ny kunnskap bør speile endringer i innsattgruppen som til enhver tid er i fengselet. Dette kan handle om kunnskap om ulike funksjonsnedsettelse, helseutfordringer, kulturell eller religiøs tilhørighet eller endringer i alderssammensetningen. Løpende opplæring av ansatte er viktig for å sikre ansattes evne til å mestre ulike og krevende arbeidsoppgaver på en profesjonell måte.¹⁷⁶

Det syntes generelt å være lite rom for kompetanseutvikling for de ansatte i fengselet. Til tross for at betjentene håndterte innsatte med omfattende psykiske utfordringer og gjentatte selvmordsforsøk, ble det ikke gitt systematisk opplæring eller veiledning til de ansatte i hvordan dette skal håndteres på en faglig forsvarlig måte. Mange ansatte opplevde dette som frustrerende. Ledelsen bekreftet at bare få av de ansatte hadde gjennomført kurs i selvmordsforebygging og det manglet en oversikt over hvem dette var.

I noen tilfeller veiledet helsetjenesten betjentene i hvordan de kunne håndtere innsatte som skadet seg eller ga uttrykk for at de ønsket å ta livet sitt. Under besøket kom det samtidig fram stor frustrasjon hos betjenter og ledelse over at helsepersonell i slike situasjoner veiledet dem til å ikke gi oppmerksomhet når innsatte skadet seg selv, samtidig som betjentene opplevde at dette stred mot deres yrkesetikk og plikten til å sikre at ingen dør på deres vakt. I en studie av en gruppe betjenter og helsepersonell i et fengsel i Storbritannia beskrev studiens deltakere opplevelsen av å jobbe med innsatte som skadet seg selv gjentatte ganger:

«Funnene viste en høy grad av frustrasjon, spenninger mellom helsepersonell og betjenter, følelse av maktesløshet og lav mestringsfølelse.»¹⁷⁷

Studien viser også til tidligere studier som beskriver tilsvarende utfordringer som at ansatte som håndterer selvskading opplever en rekke angstfylte og negative følelser og at dette ikke bare er skadelig for ansattes velferd, men også vil ha negative innvirkning på de som er under ansattes omsorg. Det vises videre til at fiendtlige, distanserende og stigmatiserende holdning kan bidra til å begrense støtten mennesker som skader seg selv opplever å få.¹⁷⁸

Språk som ble brukt i mange av intervjuene med ansatte, speilet denne opplevelsen. Mange refererte til situasjonen som «krig», «å gå i krigen», innsatte som var «sikkerhetscellekandidater», opplevelse av å «slås med innsatte», en opplevelse av «kollaps» og «velkommen til galskapen».

Det kom tydelig fram at det manglet kapasitet og systemer for å sikre at ansatte fikk oppfølging etter vanskelige situasjoner. Slik oppfølging av betjentene skulle normalt gjennomføres av vaktleder. Det var imidlertid ingen rutine for dette, og vaktledernes omfattende ansvarsområde gjorde løsningen sårbar. Det var heller ikke et system for oppfølging av vaktlederne, til tross for at disse hadde ansvar i mange av de mest krevende situasjonene. Ledelsen ved fengselet syntes i liten grad å være involvert i

¹⁷⁵ CPT (2017). *Report after visit to the United Kingdom*, CPT/Inf (2017) 9, avsnitt 74.

¹⁷⁶ Mandelareglene, regel 75 og 76; Coyle, A. og Fair, H., A. (2018), side 32.

¹⁷⁷ Marzano, L., Adler, J. R. og Ciclitira, K. (2013). Responding to repetitive, non-suicidal self-harm in an English male prison: Staff experiences, reactions and concerns. *Legal and Criminal Psychology*, 16(2), 241-254.

¹⁷⁸ Marzano, L., Adler, J. R. og Ciclitira, K. (2013), Sivilombudets oversettelse.

prosesser for å ivareta og følge opp ansatte. Under besøket ble det påpekt at tre av de fire faste vaktlederne var sykemeldte.

Til tross for at betjentene og vaktledere håndterte innsatte med omfattende psykiske utfordringer og gjentatte selvskadinger og selvmordsforsøk, viste våre funn at oppfølgingen av de ansatte etter alvorlige og belastende hendelser var svært mangelfull.

Samlet syntes mangelen på systemer for å sikre tilstrekkelig kompetanse blant ansatte, herunder i selvmordsforebygging, og for å ivareta de ansatte i etterkant av alvorlige og krevende hendelser, som bekymringsfull. Slik Sivilombudet ser det, skapte situasjonen de ansatte arbeidet under en fare for at de innsatte ble utsatt for lovbrudd i form av uforholdsmessig bruk av tvangsmidler og fysisk maktbruk.

9.3 Svake dokumentasjonsrutiner

I et fengsel er tilfredsstillende dokumentasjon av hvordan de innsattes rettigheter ivaretas helt sentralt. Menneskerettslige minstestandarder innebærer at viktig informasjon om innsatte skal kartlegges og registreres i inkomstfasen, og på senere stadier av frihetsberøvelsen.¹⁷⁹ Fengselet skal blant annet registrere opplysninger om identifiserte skader ved innkommst, individuelle planer for soningsforløp og tilbakeføring til samfunnet, innsattes atferd, iverksatte inngripende tiltak som isolasjon og tvangsmidler og kroppsvisitasjoner.¹⁸⁰ Dokumentasjonssystemene i fengsel skal også brukes til å skaffe til veie pålitelige data om relevante utviklingstrekk for å legge til rette for evidensbaserte beslutninger i fengsel.¹⁸¹

Dokumentgjennomgangen avdekket til dels alvorlige mangler i fengselets dokumentasjonsrutiner.

Vaktleder førte daglig vaktjournal hvor alle gjøremål, herunder flytting av innsatte mellom celler, plasseringer på sikkerhetscelle og i belteseng, selvskadingsepisoder, samtaler med innsatte, konflikter mellom innsatte, rettsdokumenter som mottas for forkynning og fremstillinger som gjennomføres den dagen. Over en periode på seks måneder synes det å mangle vaktjournal for 14 dager. I vaktjournalen for dagen etter en slik manglende journal står følgende merknad: «Fra i går ettermiddag: Ingen vaktleder på, men tror nestleder hadde ansvaret.»

I situasjoner hvor akutte bygnings- eller bemanningsmessige forhold gjør det «påkrevet» kan fengselet låse innsatte inne på cella.¹⁸² Dette omtales gjerne som «cellefengsel», og det skal fattes vedtak etter straffegjennomførings- og forvaltningslovens bestemmelser ved avvik på mer enn én time.¹⁸³ På forespørsel om alle vedtak om cellefengsel i perioden 1. mars 2022 til 31. mars 2023 (13 måneder) mottok vi åtte vedtak. Disse var alle fattet i perioden april-juli 2022. Vi mottok ingen vedtak som var fattet i de øvrige ni månedene, utover en beskrivelse av at det ikke alltid ble fattet vedtak om bruk av cellefengsel ved avvik på mer enn én time. Dette betyr at fengselet mangler oversikt over hvor ofte eller lenge de innsatte har vært låst inne som følge av bygnings- og bemanningsmessige forhold. I vår gjennomgang av vaktjournaler for perioden fra oktober 2022 til

¹⁷⁹ De europeiske fengselsreglene, regel 14 og 16A.5; Mandelareglene, regel 6-10.

¹⁸⁰ De europeiske fengselsreglene, regel 16–16A.2; Mandelareglene, regel 7 og 8.

¹⁸¹ Mandelareglene, regel 10.

¹⁸² Straffegjennomføringsloven § 37, 9. ledd.

¹⁸³ Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 37.1.

mars 2023 så vi en rekke eksempler på at de innsatte var blitt låst inne på cellene fordi det ikke har vært nok betjenter på jobb. Noen av forholdene gjaldt flere timer innlåsing utover normal dagsplan, hvor det skulle vært fattet vedtak.

Det var også store mangler i dokumentasjonen av inkomstsamtaler (se kapittel 7.2 *Kartlegging av risiko*).

En overordnet utfordring var at informasjon om enkeltinnsatte og enkeltepisoder var spredt i en rekke ulike dokumenttyper. Den fragmenterte dokumentasjonen av forhold som gjaldt enkeltinnsatte gjorde det vanskelig for ansatte å holde seg løpende oppdatert om de innsatte.

Det kom videre fram at det manglet både vedtak og protokoller for bruk av sikkerhetscelle og belteseng. Noen av disse manglene var registrert av fengselet, i tillegg har vi selv oppdaget manglende løpende journal for enkelte opphold på sikkerhetscelle. To av oppholdene på sikkerhetscelle som manglet løpende journal gjaldt opphold på henholdsvis tre og fire dager. Ett vedtak om plassering på sikkerhetscelle ble ikke skriftliggjort før 17 dager etter sikkerhetscelleoppholdet. Vi fant også tre vedtak som gjaldt både plassering på sikkerhetscelle og bruk av belteseng og som først ble skriftliggjort over to måneder etter at tvangsbruken var gjennomført. Disse manglene i vedtak og løpende journal for bruk av tvangsmidler er alvorlige.

Når en person blir plassert på sikkerhetscelle skal det fattes et vedtak med begrunnelse for bruk av tvangsmiddelet, og redegjørelse for hvorfor det var nødvendig. I tillegg førte fengselet det som kalles en protokoll, som i realiteten ofte inneholdt litt mer utfyllende informasjon enn selve vedtaket. I noen tilfeller var begrunnelsen i vedtaket, og begrunnelsen som ble oppgitt i protokollen ulike for samme plassering på sikkerhetscelle (se kapittel 6.5.3 *Svake begrunnelser og utilstrekkelige vurderinger av alternativ til sikkerhetscelle*).

9.4 Innsatte som fengselet mener av helseårsaker ikke bør være i fengsel

Ansatte i kriminalomsorgen har i mange sammenhenger påpekt at det er innsatte som på grunn av ulike former for sykdom, eventuelt i kombinasjon med et lavt funksjonsnivå, ikke burde være i fengsel. Fra kriminalomsorgens side er det en frustrasjon over at innleggelser i psykisk helsevern ofte er kortvarige, og det oppleves som at spesialisthelsetjenesten har liten innsikt i hva pasientene skrives ut til når de returnerer til fengsel. Disse forholdene har de siste årene vært spesielt framhevet når det gjelder Bredtveit fengsel, også fra ledelsen ved fengselet.

Fengselet har selv ulike muligheter for å løfte opp forhold som gjelder enkeltinnsatte og påvirke plasseringen i fengsel.

Varsel om uforholdsmessighet ved varetektsfengsling

Når en person varetektsfengsles er det et krav om at fengslingen er forholdsmessig.¹⁸⁴ I denne forholdsmessighetsvurderingen kan det foretas en bred vurdering av belastningen med å sitte i fengsel for den aktuelle innsatte. I tillegg til varetektsfengslingens lengde, vil fengslingens innhold ha betydning. Borgarting lagmannsrett har i en kjennelse slått fast at «dersom varetekten utholdes under isolasjon, vil dette være inngripende, helseskadelig og uheldig for en god tilbakeføring til samfunnet».¹⁸⁵ Dersom varetektsfengsling av en person innebærer at vedkommende ikke mottar

¹⁸⁴ Straffeprosessloven § 170a.

¹⁸⁵ Borgarting lagmannsretts kjennelse, LB-2019-113010.

hjelp som er tilstrekkelig til å oppfylle minstekravene til nødvendig helsehjelp, vil det normalt foreligge et uforholdsmessig inngrep.¹⁸⁶

Dersom fengselet vurderer forholdene i fengselet som så belastende for enkeltinnsatte, eller de opplever at den innsatte ikke gis nødvendig helsehjelp som følge av fengslingen, vil fengselet ha mulighet til å opplyse påtalemyndigheten, domstol og den innsattes advokat om denne situasjonen. Under besøket så vi eksempler på at Ullersmo fengsel sendte slike bekymringsmeldinger om enkeltinnsatte i løpet av den korte perioden det hadde vært kvinner der. I én sak skrev fengselet et brev til påtaleansvarlig, hvor de delte sin bekymring for om videre opphold i fengsel var forholdsmessig. Etter at varetektsperioden ble forlenget i denne saken, sendte kriminalomsorgen på regionnivå en bekymring til politidistriktet med kopi til blant annet det aktuelle statsadvokatembetet. Her ga regionen uttrykk for at en videre fengsling under de rådende forholdene framsto uforholdsmessig og ville kunne innebære en krenkelse av forbudet mot tortur, umenneskelig eller nedverdiggende behandling og straff i EMK art. 3.

I tiltakslisten for selvmordsforebyggende arbeid ved Bredtveit fengsel stod det:

«Ved varetekt: Kontakt med påtaleansvarlig med anmodning om å vurdere surrogat, jf. Forholdsmessighetsvurdering.»

Da vi ba Bredtveit fengsel om å oversende eventuelle tilsvarende bekymringer om at fortsatt fengsling vil kunne bli uforholdsmessig i tidsrommet 1. januar 2022-31. mars 2023 mottok vi tre dokumenter fordelt på to personer. Ett av disse var en bekymringsmelding til politiet i forbindelse med eventuell fengslingsforlengelse, hvor det ble uttrykt bekymring for fortsatt opphold i fengselet og samtidig oppfordret til en fornyet vurdering av om vilkårene for varetektsurrogat på helseinstitusjon var til stede. I de andre dokumentene beskrives forhold og hendelser i fengselet, uten at det direkte sies at fengselet mener fortsatt fengsling er uforholdsmessig. Det er ikke klart hvordan disse henvendelsene fra fengselet ble oppfattet og håndtert av politiet.

I forbindelse med at utkast til rapport ble sendt til faktasjekk hos Bredtveit fengsel og kriminalomsorgen region øst, mottok vi flere bekymringsmeldinger vi ikke tidligere hadde mottatt. Disse bekymringsmeldingene gjaldt den ene av personene vi tidligere hadde mottatt dokumenter knyttet til. Dokumentasjonen viste at både fengselet og kriminalomsorgen region øst hadde meldt bekymring til politiet med kopi til aktuelt statsadvokatembete og innsattes advokat. I disse meldingene ble det gitt uttrykk for at fengselet og regionen var svært bekymret for fortsatt opphold i fengselet, og det ble gitt klart uttrykk for at deres mening var at fortsatt varetektsfengsling ville være uforholdsmessig. Bekymringen fremsto som godt begrunnet. Vi har ikke hatt tilgang til all relevant informasjon i saken, for eksempel vet vi ikke hvordan forholdsmessigheten har vært vurdert av domstolen, eller om saken har vært prøvd i høyere rettsinstanser. Forholdene som beskrives i bekymringsmeldingene, og det at den innsatte syntes å bli værende i fengselet i minst fem måneder til tross for bekymringsmeldingene, gjør det forståelig at fengselet opplever å ikke bli hørt i slike situasjoner.

¹⁸⁶ Høyesteretts kjennelse, HR-2020-1471-U, avsnitt 13.

Begjæring av innleggelse i psykisk helsevern

Ifølge psykisk helsevernloven kan fengsler begjære tvungen legeundersøkelse, tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern.¹⁸⁷ Fengselet har rett til å uttale seg før det treffes vedtak.¹⁸⁸

Ullersmo fengsel hadde sendt begjæringer om tvungen observasjon for minst tre av de kvinnelige innsatte fra Bredtveit fengsel som var plassert hos dem våren 2023. Bredtveit fengsel hadde ikke sendt begjæringer om tvungen observasjon eller tvungent psykisk helsevern for disse (eller noen andre innsatte) i perioden januar 2022-mars 2023. Vi så imidlertid i bekymringsmeldingene til politiet som gjelder én innsatt (omtalt ovenfor) at kriminalomsorgen region øst oppfordret politiet til å vurdere begjæring om tvungen observasjon eller tvangsinnleggelse.

Bredtveit fengsel har i etterkant av vårt besøk har sendt en bekymringsmelding til helseavdelingen i fengselet hvor det bes om at helseavdelingen vurderer behovet for innleggelse i psykisk helsevern.

I lys av at de bekymringene vi har mottatt gjelder et svært lite antall av de fengselet i andre sammenhenger har uttrykt bekymring for, er det Sivilombudets vurdering at fengselet i for liten grad har utnyttet sitt handlingsrom for å påvirke varetektsplasseringer i fengselet eller innleggelse i psykisk helsevern.

Anbefaling: Svikt i ledelse og bemanning

- Fengselet bør umiddelbart iverksette tiltak for å sikre systematisk oppfølging og ivaretagelse av ansatte på alle nivåer.
- Fengselet bør sikre at ansatte deltar på regelmessige opplærings- og kompetansehevingstiltak som styrker deres mulighet til å ivareta innsatte på god måte.
- Fengselet bør sikre at ressursteamet ikke brukes til å dekke opp manglende kapasitet i vaktplanen.
- Fengselet bør forbedre sine dokumentasjonsrutiner.
- Fengselet bør ha rutiner for hvilke virkemidler det skal bruke når fengselet mener at enkeltinnsatte ikke burde vært i fengsel.

¹⁸⁷ Psykisk helsevernloven § 3-6.

¹⁸⁸ Psykisk helsevernloven § 3-9.

10 Innsattes rett til helsetjenester

Rettslige krav og standarder

Myndighetene har en positiv forpliktelse etter EMK artikkel 3 til å beskytte innsattes helse og velferd.¹⁸⁹ Manglende eller mangelfull helsehjelp til personer som er fratatt friheten kan utgjøre brudd på forbudet mot umenneskelig eller nedverdiggende behandling.¹⁹⁰

Innsattes rett til likeverdige helse- og omsorgstjenester er slått fast i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter.¹⁹¹ FNs kvinnekonvensjon gir myndighetene en særlig plikt til å treffe nødvendige tiltak for å avskaffe diskriminering av kvinner på helseområdet.¹⁹² Kvinnelige innsatte med nedsatt fysisk, psykisk eller kognitiv funksjonsevne er ekstra utsatte for uhelse. 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.¹⁹³

De europeiske fengselsregler (reglene 39-48), FNs Mandelaregler (reglene 24-39 og 46), FNs Bangkokregler og CPT fastsetter en rekke standarder om organisering og gjennomføring av helsehjelp og helsepersonellens oppgaver på ulike stadier av frihetsberøvelsen. Disse standardene utfyller konvensjonsforpliktelsene og legger blant annet til grunn at helsehjelpen må tilpasses kvinners behov, herunder sikre tilgang til offentlige helsescreeningsprogrammer og reproduktiv helsehjelp.¹⁹⁴ Innsatte kvinner bør også kunne velge å bli undersøkt og behandlet av kvinnelig lege og sykepleier.¹⁹⁵

Bangkokreglene (regel 12) slår fast at kvinnelige innsatte med behov for psykisk helsevern bør få behandling og rehabilitering som er individuelt tilpasset, kjønns sensitiv og traumebasert.

Pasient- og brukerrettighetsloven gir rett til nødvendig helsehjelp både fra kommunens helse- og omsorgstjeneste og fra spesialisthelsetjenesten.¹⁹⁶ Kommunen har plikt til å yte helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel.¹⁹⁷ Tjenestene skal tilrettelegges slik at den enkelte innsatte får et helhetlig og koordinert helse- og omsorgstjenestetilbud, med tilstrekkelig fagkompetanse.¹⁹⁸

Regionale helseforetak skal sørge for at personer som oppholder seg i helseregionen, inkludert innsatte, får tilbud om nødvendige spesialisthelsetjenester i og utenfor institusjon.¹⁹⁹

Fylkeskommunen har ansvaret for den offentlige tannhelsetjenesten.²⁰⁰ Kriminalomsorgen har plikt til å samarbeide med helse- og omsorgstjenestene for å sikre at innsatte får de tjenester som loven

¹⁸⁹ EMD *Kudla mot Polen*, klagenr. 30210/96, 26. oktober 2000, avsnitt 94; EMD *Paladi mot Moldova*, klagenr. 39806, 10. mars 2009, avsnitt 71.

¹⁹⁰ F.eks. EMD *Wenerski mot Polen*, klagenr. 44369/02, 20. januar 2009, avsnitt 56-65.

¹⁹¹ FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter (ICESCR), artikkel 12.2.2; Mandelareglene, regel 24.1; De europeiske fengselsreglene, regel 40.3.

¹⁹² FNs kvinnekonvensjon (CEDAW), artikkel 12.1.

¹⁹³ FNs konvensjon om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne (CRPD), artikkel 25b.

¹⁹⁴ CPT (2000). *Women deprived of their liberty*, CPT/Inf 2000 (13), avsnitt 30-33.

¹⁹⁵ Bangkokreglene, regel 10.2.

¹⁹⁶ Pasient- og brukerrettighetsloven §§ 2-1a og 2-1b, jf. prioritetsforskriften §§ 2 og 2a.

¹⁹⁷ Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-9.

¹⁹⁸ Helse- og omsorgstjenesteloven § 4-1 første ledd a og d.

¹⁹⁹ Spesialisthelsetjenesteloven § 2-1a.

²⁰⁰ Tannhelsetjenesteloven § 1-1.

gir dem krav på.²⁰¹ 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.²⁰²

De innsattes rett til helsetjenester skal først og fremst sikres av helsepersonell. I et fengsel gis imidlertid helsetjenestene innenfor rammer som bestemmes av kriminalomsorgen. Utøvelsen av forsvarlige helsetjenester er derfor avhengig av samarbeid og god ansvarsfordeling mellom helsepersonell og fengselets ledelse og ansatte. I dette kapitlet omtales derfor først samarbeidet mellom kriminalomsorgen og primær- og spesialisthelsetjenesten (kapittel 10.1), deretter gjennomgås funn som gjelder svikt i dette samarbeidet og på områder der de to har overlappende ansvar (kapittel 10.2). Til sist gjennomgås funn som gjelder henholdsvis primærhelsetjenestens oppgaver og ansvarsområde (kapittel 10.3) og spesialisthelsetjenestens oppgaver og ansvarsområde (kapittel 10.4). Kapitlet omfatter dermed funn og anbefalinger som gjelder både helsetjenestene og fengselet.

10.1 Kriminalomsorgen og helsetjenestenes felles ansvar for å sikre innsattes tilgang til forsvarlige helsetjenester

10.1.1 Daglig samarbeid mellom fengselet, helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk

I hverdagen syntes det å være jevnlig kontakt mellom helseavdelingen (primærhelsetjenesten) og fengselets ansatte. En sykepleier fra helseavdelingen var til stede under morgenmøtene i fengselet, der det ble gitt en kort oppdatering om situasjonen på avdelingene og om aktiviteter. I tillegg hadde helseavdelingen og ressursteamet faste morgenmøter, og det var fast ukentlig møte mellom helseavdeling og fengselspsykiatrisk poliklinikk (spesialisthelsetjenesten). Ressursteamet hadde fast deltakelse på et ukentlig teammøte i avdeling 3, og helsepersonell i ressursteamet ga veiledning på gruppenivå til ansatte betjenter i avdeling 3.

Begge instanser fortalte om for få og for dårlige fysiske lokaler til å ivareta god pasientbehandling. Dette fant vi også under den fysiske befaringen under besøket.

Helseavdelingen formidlet at samarbeidet med både fengselet og fengselspsykiatrisk poliklinikk var bra, og helseavdelingen opplevde at de kunne få veiledning av poliklinikken ukentlig. Fengselspsykiatrisk poliklinikk fortalte også om godt samarbeid med både fengselet og helseavdelingen.

Til tross for dette opplevde vi at fengselet og helsetjenestene hadde overraskende lite kunnskap om hverandres rammebetingelser. I tillegg var situasjonsbeskrivelsen påfallende ulik mellom helseavdelingen og fengselet. De ansatte og ledelsen i fengselet ga uttrykk for at en svært krevende situasjon hadde vart over lang tid, med mange innsatte som var veldig syke og som ikke fikk tilstrekkelig helsehjelp. Helseavdelingen på sin side formidlet at de hadde god kapasitet og ga tilstrekkelig helsehjelp til de innsatte. De syntes det var frustrerende og leit når kriminalomsorgen pekte på «helse» som en propp i systemet.

²⁰¹ Straffegjennomføringsloven § 4.

²⁰² Forskrift om straffegjennomføring § 3-16.

Ledelsen ved fengselspsykiatrisk poliklinikk formidlet at de hadde meldt bekymring både til fengselsledelsen og internt i eget sykehus, men uten at de opplevde at bekymringene var fulgt opp eller hadde bidratt til endring.²⁰³

At helseavdelingen ikke delte fengselets vurdering av situasjonen, syntes likevel ikke å skape uenighet om tiltakene innsatte skulle møtes med. Når helseavdelingen vurderte at det av helsemessige årsaker var behov for tettere oppfølging av en innsatt forstod både helseavdelingen og fengselet dette som at den innsatte skulle plasseres på avdeling 3. Dette gjaldt både innsatte som ble vurdert å ha selvmordsrisiko, innsatte som hadde skadet seg selv og enkelte innsatte som for eksempel skulle fases inn på nye medisiner. Avdeling 3 er døgnbemannet, men har samtidig lite muligheter for fellesskap. Vi fant ikke tegn til at helseavdelingen vurderte det som problematisk at helsemessige behov for oppfølging i realiteten medførte at den innsatte ble isolert. Vi fant heller ingen eksempler på at helsetjenestene hadde uttrykt bekymring for bruk av sikkerhetscelle eller belteseng overfor innsatte som skadet seg selv eller ble vurdert å være selvmordsnære. I Helsedirektoratets veileder om helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengselet står det om isolasjon at «Fengselhelsetjenesten bør følge særskilt med på den fysiske og psykiske helsesituasjonen til innsatte som sitter isolert.» Det er godt dokumentert at isolasjon kan gi helsemessige skader. Helsedirektoratet fremhever videre at «negative helseeffekter kan oppstå etter bare noen dager i isolasjon, og helse risikoen stiger for hver dag», og ved utelukkelse fra fellesskapet skal «helsepersonell (...) varsle fengselsledelsen dersom innsattes fysiske eller psykiske helsetilstand tilsier lemping i tiltaket eller iverksettelse av alternative tiltak».²⁰⁴

Til tross for dette syntes helseavdelingen gjennomgående å forholde seg passivt til at fengselet håndterte selvmordsforsøk og selvskading med isolasjon.

Helseavdelingen formidlet videre at de legger til grunn at alle som er innsatt ved Bredtveit fengsel er vurdert til å være soningsdyktige og samtykkekompetente. Sivilombudet understreker at ikke alle innsatte gjennomgår en vurdering av om de er soningsdyktige før et fengselsopphold, og det er klart at innsatte som er soningsdyktige kan utvikle helseskader som følge av soningsforhold, for eksempel fordi de utsettes for isolasjon. Isolasjon av innsatte er et av statens mest inngripende virkemidler og kan i seg selv føre til blant annet angst, depresjon, sanseforstyrrelser, psykose, aggresjon, selvskading og selvmordsatferd. Isolasjon kan også forverre allerede eksisterende psykiske vansker. Helseavdelingen har et ansvar for å gjøre selvstendige og løpende vurderinger av innsattes helsetilstand og hvordan soningsforhold, spesielt isolasjon, kan påvirke helsetilstanden. Dette er en viktig del av helsetjenestens uavhengige rolle i forhold til kriminalomsorgen og deres ansvar for å ivareta den innsattes helse.²⁰⁵

Vi fant ingen overordnet oversikt over hvor lenge innsatte var underlagt isolasjon, og hva som var årsaken til isolasjonsbruken, verken på individ- eller gruppenivå (se kapittel 10.3.3 *Helsetjenestens ansvar ved isolasjon av innsatte*). Heller ikke fengselspsykiatrisk poliklinikk utover ressursteamet syntes å arbeide mer systematisk for å bedre situasjonen for disse innsatte. Vi fant ingen tegn til et

²⁰³ Fengselspsykiatrisk poliklinikk har fortalt om fire samarbeidsmøter med fengselet i 2022, samt to møter så langt i år.

²⁰⁴ Helsedirektoratet (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, kap. 4.3, s. 44.

²⁰⁵ Dette kommer enda tydeligere fram i Helsedirektoratet (2023). Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (høringsutkast), kapittel 9 Helsepersonellens ansvar ved bruk av isolasjon og sikkerhetscelle/sikkerhetsseng. Høringen har svarfrist 2. juni 2023.

trepartssamarbeid mellom fengselet og primær- og spesialisthelsetjenestene lokalt for å møte disse utfordringene. I lys av at det over tid hadde vært en rekke innsatte som utøvde omfattende og gjentakende selvskading i fengselet var dette urovekkende (se kapittel 7 *Selvskading, selvmordsforsøk og selvskading*).

10.1.2 Overordnet samarbeid og tverretatlige systemer for å sikre helsetjenester

Det er godt dokumentert at innsatte har økt sykkelighet, og at kvinnelige innsatte i tillegg har noen spesifikke helseutfordringer (se kapittel 2 *Kvinner i fengsel*). Utfordringer som særlig gjelder psykisk helse og den voldsomme økningen i selvskading og selvmordsforsøk ved Bredtveit fengsel i senere tid utgjør en alvorlig del av dette bildet (se kapittel 7 *Selvskading, selvmordsforsøk og selvmord*).

Importmodellen skal sikre helsetjenestenes uavhengighet fra kriminalomsorgen og at pasientenes rett til likeverdige tjenester ivaretas også i fengsel. Samtidig er det åpenbart at frihetsberøvelsen innebærer at pasientene har helt andre og svært begrensede forutsetninger for å ivareta egen helse og påvirke egen livssituasjon.

Ivaretagelsen av innsattes helse er derfor avhengig av et godt samarbeid mellom kriminalomsorgen, den kommunale primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten som er organisert under de regionale helseforetakene. Offentlige rapporter har over flere år pekt på behov for økt samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene.²⁰⁶ I høringsutkastet til Nasjonale faglige råd om kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, understrekes det at «det bør inngås forpliktende samarbeidsavtaler, trepartsavtaler, mellom den kommunale helse- og omsorgstjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen».²⁰⁷

På besøkstidspunktet var det ingen faste møter på ledelsesnivå mellom kriminalomsorgen region øst, regionalt helseforetak og kommunal helsetjeneste. Vi ble informert om en nettopp oppstartet møtearena på lokalt ledelsesnivå mellom Bredtveit fengsel, helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk. Det var på besøkstidspunktet gjennomført ett slikt møte. Vi forstod det slik at planen var omtrent fire årlige møter, men dette var noe uklart. I lys av kriminalomsorgens uttrykte bekymring over helsesituasjonen til innsatte over lengre tid, var det overraskende at dette først nylig var kommet på plass.

Når innsatte er varetektsfengslet er det politiet som har ansvar for å fremstille innsatte til helsetjenester utenfor fengselet. Dokumentgjennomgangen avdekket flere eksempler på utfordringer i kommunikasjonen mellom fengselet og ansvarlig politidistrikt. Vi har ikke gjort nærmere undersøkelser av politiets bistand i disse situasjonene, men fengselet syntes i en del tilfeller å måtte bruke uhensiktsmessig mye tid på å sikre bistand fra politiet når dette var nødvendig for å få den innsatte fremstilt for helsetjenester, retten eller i andre situasjoner. Dette viser at også samarbeidet med politiet bør styrkes for å sikre innsatte forsvarlig helsehjelp.

²⁰⁶ Helse Vest RHF på oppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet (2021). Plan for styrking av helsetjenester i fengsel innen psykisk helsevern og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (områdefunksjon); Hellebust, M., Smith, P. S., Lundeborg, I., m.fl. (2021), s. 32; Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet «Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer» (Helsedirektoratet og Kriminalomsorgsdirektoratet, 2016), «Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel» (Nasjonal veileder ved Helsedirektoratet)

²⁰⁷ Helsedirektoratet (2023). Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (høringsutkast), kapittel 10, s. 70. Høringen har svarfrist 2. juni 2023.

Anbefaling til bydel Bjerke, fengselspsykiatrisk poliklinikk og fengselet:

- Bydel Bjerke, fengselspsykiatrisk poliklinikk og fengselet bør samarbeide om å iverksette lavterskel helsefremmende tiltak. Dette bør omfatte tiltak for å forebygge selvmord og selvskadning, og for å sikre at innsatte ikke blir isolert dersom de skader seg selv eller vurderes som selvmordsnære.
- Fengselet og fengselspsykiatrisk poliklinikk bør samarbeide om å sikre at poliklinikkens kompetanse blir brukt til å veilede og undervise de ansatte i fengselet.
- Fengselet bør sikre at helsetjenestene får egnede lokaler.

10.2 Svikt forårsaket av manglende samarbeid og mangelfulle felles systemer

Besøket avdekket svikt på fire områder der kriminalomsorgen og helseavdelingen har et felles ansvar. Dette gjaldt medisin håndtering, kommunikasjonen av innsattes ønsker om helseoppfølging, avlyste og utsatte fremstillinger til helsetjenester utenfor fengselet og flytting av innsatte mellom fengsler uten å sikre forsvarlig overføring av innsattes helseoppfølging.

10.2.1 Medisinhåndtering

Mange innsatte brukte medisiner fast eller etter behov. Medisinene ble klargjort av helseavdelingen og delt ut til de enkelte avdelingene i ferdige dosetter. Fengselsbetjentene var ansvarlige for å dele medisinene ut til den enkelte innsatte. Både Bredtveit fengsel og avdeling Zulu øst ved Ullersmo fengsel manglet rutiner for innlåsing av medisinene på vaktrommet, og for at betjentene kvitterte for utdeling av medisiner. Medisinene ble oppbevart ulåst på betjentenes vaktrom, og det var ingen oversikt over hvilken innsatt som hadde fått utlevert medisin. En slik mangel på system skaper en åpenbar risiko for feilmedisinering ved at en person får utdelt medisiner tilhørende en annen innsatt, eller at innsatte ikke får den medisinen de faktisk behøver.

En slik praksis står i kontrast til medisinhåndtering på for eksempel sykehjem og sykehus, hvor det er egne låsbare medisinskap/rom og signering av to sykepleiere (eventuelt andre faggrupper som er godkjente for dette) ved utdeling av medisin. Fengselsbetjentes utdeling av medisiner anses som praktisk bistand, og ikke som utøvelse av helsehjelp, og legemiddelhåndteringsforskriften gjelder derfor ikke for dem.²⁰⁸ Helsedirektoratet anbefaler likevel at kriminalomsorgen er kjent med legemiddelhåndteringsforskriften og at nødvendig opplæring bør gis av primærhelsetjenesten, etter forespørsel fra kriminalomsorgen.²⁰⁹

Helseavdelingen ved Bredtveit fengsel fortalte at de ga opplæring til fengselsbetjentene. De var klar over at betjentene ikke signerte for utdeling og at medisinene ikke var innlåst på vaktrommene i fengselet. I etterkant av besøket formidlet bydel Bjerke at de vil vurdere å melde slike hendelser i sitt interne avvikssystem for kvalitetssikring.

I dokumentasjonen så vi flere eksempler på at innsatte hadde blitt gitt medisiner som tilhørte andre innsatte. Vi fant også eksempler på at kriminalomsorgen kontaktet helseavdelingen, og legevakt og giftinformasjonen utenom helseavdelingens arbeidstid, for å få vurdert fare for forgiftning eller

²⁰⁸ Helsedirektoratets veileder (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, kap. 3.2.2, s. 24.

²⁰⁹ Se note 208 ovenfor.

feilbehandling etter at de hadde utlevert feil medisiner, eller gitt en innsatt både vanlig fastmedikasjon og medisiner til en annen innsatt.

En annen risiko ved medisinbehandling i fengselet var at medisiner kunne forsvinne. På grunn av mangelen på system for trygg oppbevaring og utlevering av medisiner var det vanskelig å avdekke om medisiner manglet fordi helseavdelingen ikke hadde levert dem, de var mistet, eller om en innsatt eller ansatt hadde tatt dem. Dokumentgjennomgangen viste at i tilfeller hvor det manglet medisiner, tok betjentene kontakt med helseavdelingen som da ofte leverte nye medisiner. Dette ble dokumentert av helseavdelingen i den enkelte pasients journal, men det var ikke dokumentert noe om hva som var årsaken til mangelen og dermed til utdelingen av ny medisin. I tillegg til å være helsemessig uforsvarlig, harmonerer denne mangelen på kontroll med håndtering av medisiner også dårlig med fengselets ellers strenge linje knyttet til mistanke om oppbevaring av rusmidler.

I dokumentasjon fra legevakt fant vi at en innsatt hadde klart å samle opp medisiner og tatt overdose ved to anledninger, med flere ukers mellomrom. Dette ble også indirekte bekreftet i ulike deler av fengselets systemer, blant annet fordi den innsatte som en konsekvens ble utelukket fra fellesskapet. Vi fant imidlertid ingen dokumentasjon på at overdosene eller utdeling av medisiner var blitt vurdert av kriminalomsorgen eller helseavdelingen i etterkant. Det kan ikke utelukkes at dette ble gjort, men mangelen på journalføring fremstår bekymringsfull. En slik svikt kan øke risikoen for gjentakelse og gå ut over pasientsikkerheten. Manglende journalføring gir også stor risiko for at slike alvorlige hendelser ikke fanges opp i kvalitetssystemene på ledelsesnivå i fengselet og i helseavdelingen og dermed heller ikke sikrer læring og eventuell endring av rutiner.

Medisinbehandling i begge fengslene framstår på denne bakgrunn som uforsvarlig.

10.2.2 Samtalelapper

CPT har i sine helsestandarder for fengsler understreket betydningen av at innsatte kan kommunisere med helsepersonell på en måte som ivaretar fortrolighet, for eksempel ved bruk av forseglede konvolutter.²¹⁰ Viktigheten av vern om helseopplysninger følger også av Mandelareglene.²¹¹ I Helsedirektoratets utkast til nasjonale faglige råd for helsetjenestene framgår det at innsatte skal kunne formidle behov for helsetjenester til den kommunale helse- og omsorgstjenesten «på en måte som ivaretar innsattes personvern» og det vises til at innsatte for eksempel kan melde behovet på en lapp i forseglede konvolutter uten at ansatte i kriminalomsorgen eller andre får innsyn i innholdet.²¹²

Innsatte i fengsel har ikke mulighet til å bestille legetime via telefon og internett. I Bredtveit fengsel måtte de innsatte sende fysiske samtalelapper når de ville ta kontakt med helseavdelingen. På lappene krysses det av for hvilken instans man ønsker kontakt med, for eksempel «helse», og det er noen linjer hvor man kan skrive hva samtalen man ønsker gjelder. Lappene gis til fengselsbetjentene,

²¹⁰ CPT (1993). Health Care Services in Prisons, avsnitt 34; CPT (2014). Besøk til Danmark 2014, CPT/Inf 2014 (25), s. 35, avsnitt 53.

²¹¹ Mandelareglene, regel 32.1c.

²¹² Helsedirektoratet (2023). Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (høringsutkast), s. 37.

som skal levere dem videre til helseavdelingen. Sivilombudet har i en rekke tidligere besøksrapporter pekt på uheldige sider ved samtalelappsystemet.²¹³

Innsatte måtte selv etterspørre konvolutt til å legge samtalelappen i og begrunne hvorfor de ønsket det. Gjennomgående syntes samtalelappene å bli levert åpent til betjentene. Systemet innebærer at betjenter får helseinformasjon de ikke skal ha.

Under besøket var det flere som fortalte om eksempler på samtalelapper som ikke var kommet frem til helseavdelingen. Innsatte opplevde at det kunne ta lang tid før de fikk tilbakemelding på forespørselen om samtale. Helseavdelingen opplevde på sin side at de arbeidet så raskt de kunne, men erkjente at de kunne bli bedre til å gi innsatte beskjed om at de hadde mottatt forespørselen og jobbet med denne. Helseavdelingen hadde ikke noe system for å dokumentere når de mottok samtalelapp fra en innsatt eller når de besvarte henvendelsen. Det var derfor både vanskelig å vite hvor mange lapper som ikke kom frem, og umulig å etterprøve hvor lang tid det tok fra helseavdelingen mottok en henvendelse, til den innsatte mottok en tilbakemelding.

I dokumentasjonsgjennomgangen så vi at en blind innsatt som ønsket å snakke med helseavdelingen ble spurt av betjentene om hun hadde skrevet samtalelapp. Da hun ikke kunne gjøre dette selv, hjalp en betjent henne med å skrive. Eksempelet illustrerer at systemet heller ikke er tilrettelagt for innsatte som av ulike grunner ikke kan kommunisere skriftlig.

I samtaler med oss foreslo helsepersonell å endre systemet slik at det var en postkasse på hver avdeling hvor innsatte kunne levere lapper med ønske om samtale, og hvor helseavdelingen selv hentet lappene. Dette framstår som en enkel løsning for å ivareta de innsattes rett til konfidensialitet, og sikre at lapper ikke havner på avveie.²¹⁴ Det er samtidig behov for at helsetjenesten i samarbeid med fengselet også legger til rette for at innsatte som ikke kan skrive, eller har behov for tolk, får mulighet til å kommunisere fortrolig med helsepersonell.

10.2.3 Manglende oversikt over avlyste og utsatte fremstillinger

Når en innsatt 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.²¹⁵ Hvis den innsatte sitter i varetekt er det politiet som har ansvar for fremstilling.²¹⁶

Hverken fengselet eller helseavdelingen førte oversikt over utsatte eller avlyste fremstillinger til helsetjenester. Hvis en fremstilling ikke ble gjennomført ringte helseavdelingen raskt for å avtale en ny time for den innsatte. Ved gjennomgang av dokumentasjon fant vi eksempler på at en blodprøvetaking ble forsinket med fire uker, og en time på sykehus ble forsinket med to måneder. Helseavdelingen noterte ikke hva en forsinkelse eventuelt kan medføre for pasientens tilstand eller sykdomsforløp. De meldte heller ikke forsinkelsen som avvik i sitt system.

²¹³ 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) og Oslo fengsel (2018).

²¹⁴ En slik løsning er innført i Oslo fengsel de senere årene, se Sønderland, I. (2023). Å samskape helsetjenester: Innspill fra feltet. *Kritisk Juss*, 49 (1-2), 20-26.

²¹⁵ Straffegjennomføringsloven § 34.

²¹⁶ Politiinstruksen § 11-1.

Vi ble kjent med flere eksempler på at fremstillinger hadde blitt avlyst, men mangelen på system for å registrere utsettelse og avlysninger gjorde det vanskelig å kontrollere. Mangelen på oversikt over utsatte fremstillinger og hvor lang tid det tok for å få en ny time, kan medføre risiko for at alvorlig sykdom/tilstand ikke fanges opp i tide. Det kan føre til frustrasjon og bekymring for den enkelte innsatte og for helseavdelingen som skal sørge for en ny timeavtale.²¹⁷ Manglende systematisk oversikt vil også vanskeliggjøre internkontroll og oppfølging på ledelsesnivå, inkludert mulighet til å forsterke samarbeidet og det felles ansvaret mellom fengsel, helseavdeling og spesialisthelsetjenesten.

10.2.4 Flytting av innsatte mellom fengsler

I forbindelse med besøket ble vi oppmerksomme på at flytting av innsatte mellom fengsler i tre ulike situasjoner, hadde medført en høy risiko for svikt i helseoppfølging av dem.

I dokumentgjennomgangen så vi at en innsatt som hadde behov for viktig medisinsk utstyr i hverdagen var overført fra et annet fengsel til Bredtveit fengsel. Til tross for at fengselet som kvinnen ble overført fra, hadde kunnskap om den innsattes behov, viste dokumentasjonen at det tok elleve dager før helseavdelingen på Bredtveit hadde bestilt riktig utstyr og medisiner.

Flyttingen av fire kvinner med omfattende oppfølgings- og helsebehov fra Bredtveit fengsel til Ullersmo fengsel, ble gjennomført i løpet av få timer og nærmest uten noen forberedelser iløpet av en fredag i januar 2023 (se kapittel 11 *Flytting av innsatte til Ullersmo fengsel*). Kvinnene fikk ikke forhåndsvarsel om flyttingen. Selv om flere av kvinnene var pasienter ved helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Bredtveit fengsel ble ingen av disse instansene konsultert eller informert forut for overflyttingen. Helsetjenestene ved Ullersmo fengsel ble informert om de nye pasientene bare et par timer før helgen og fikk ikke nødvendig tilgang til de innsattes helseinformasjon før uken etter. Dette framstår som særlig kritikkverdig i lys av de innsattes omfattende helseutfordringer som nettopp var medvirkende til overflyttingen.

Flyttingen til Ullersmo fengsel avdekket også en risiko for at innsatte pasienter fikk avbrutt og forsinket helseoppfølging i spesialisthelsetjenesten, for eksempel at det ble foretatt ny vurdering av om den innsatte hadde rett til behandling av en ny spesialisthelsetjeneste i en annen sykehuskrets.

Da kriminalomsorgen besluttet å flytte de kvinnelige innsatte videre fra Ullersmo fengsel til andre fengsler, ble helsetjenestene på Ullersmo gitt beskjed per e-post midt på dagen torsdag 23. mars at flyttingen skulle skje tidlig mandag 27. mars. Helsetjenestene på sin side formidlet at de først ble kjent med flyttingen gjennom media og at de selv kontaktet fengselet for å få bekreftet flyttingen. I praksis fikk helsetjenestene uansett kun fredagen som virkedag til å forberede flyttingen. Den sene overføringen av viktig helseinformasjon som var forårsaket av hasteflytting av sårbare innsatte gjorde at helsetjenestene i de nye fengslene fikk begrenset mulighet til å forberede mottak.

Det er ikke uvanlig at innsatte flyttes mellom ulike fengsler, og våre funn tydet på at både kriminalomsorgen og helseavdeling har et stort forbedringspotensial når det gjelder å sikre at innsattes rettigheter og helsetjenestenes mulighet til å gi forsvarlig helsehjelp ivaretas når innsatte flyttes.

²¹⁷ Ervik, K. J. S., Mølmen, R., Bjørneboe-Øhm, M. T. (2023). Spriket mellom lovfestede helserettigheter og praksis. *Kritisk Juss*, 49 (1-2), 14-19.

Anbefalinger til bydel Bjerke og fengselet:

- Bydel Bjerke og fengselet må sammen sikre systemer for forsvarlig medisinbehandling og oppfølging ved avvik.
- Bydel Bjerke og fengselet må sikre at kommunikasjon mellom innsatte og helseavdelingen skjer på en måte som ivaretar innsattes rett til fortrolighet.
- Bydel Bjerke og fengselet bør hver for seg holde oversikt over avlyste og utsatte fremstillinger til helsetjenester.
- Når innsatte besluttes flyttet til et annet fengsel må fengselet sikre at helsetjenesten involveres så fort som mulig, for å sikre overføring av pasientinformasjon etter samtykke fra pasienten.

10.3 Helseavdelingen (primærhelsetjeneste)**10.3.1 Kapasitet og kompetanse**

Den kommunale helsetjenesten formidlet at de generelt hadde god kompetanse og var godt nok bemannet for sine arbeidsoppgaver. Dette omfattet imidlertid ikke forebyggende helsearbeid på gruppenivå, som helsetjenesten bekreftet ikke å ha kapasitet til. Helsetjenesten påpekte også at de fysiske forholdene for dem ikke var tilfredsstillende. Legen fremhevet at han ikke hadde elektronisk tilgang til kjernejournal eller e-resept.

Alle vi snakket med under besøket var enige om at de fysiske forholdene var for dårlige. Dette ble også bekreftet under den fysiske befaringen i fengselet. Det var for få kontorer og samtalerom, møterom og aktivitetsrom, og lokalene var i liten grad egnet for formålet. Fysioterapeuten måtte bruke et møterom som behandlingsrom. Hvis flere behandlere hadde samtidige pasientavtaler var det ikke nok kontorer eller samtalerom og ressursteamets arbeid ble begrenset av at det ikke var nok plass eller riktig utstyrte og tilrettelagte lokaler.

10.3.2 Helsekartlegging ved innkommst

Mandelareglene slår fast at innsatte skal snakke med og bli undersøkt av helsepersonell så fort som mulig etter innkommst, og senere ved behov.²¹⁸ Dette er viktig for å avdekke eventuell sykdom, psykisk tilstand og selvmordsrisiko, sårbarheter og helsebehov. CPT understreker at en slik vurdering skal finne sted det første døgnet etter innsettelse.²¹⁹ Helsedirektoratets veileder anbefaler at innkommstamtalen «bør gjennomføres i løpet av et døgn».²²⁰

Vi har gjennomgått innkommstnotatene til de 35 personene som var innsatt ved fengselet under vårt besøk. Av de 35 innsatte hadde bare 19 fått helsekartlegging innen 24 timer etter ankomst. 19 av 35 satt i varetekt, og kun 9 av disse hadde fått helsekartlegging innen 24 timer. Fire innsatte ble kartlagt innen to døgn, åtte innsatte etter tre-seks døgn, og for de resterende fire innsatte var det umulig å se når helsekartleggingen ble gjort da tidspunktet (dato og årstall) ikke stemte med ankomstdato fengsel eller at utskrift av helsejournal ikke var fullstendig. Gjennomgangen viste at det var sykepleier som foretok helsekartleggingen ved innkommst.

²¹⁸ Mandelareglene, regel 30.

²¹⁹ CPT (2019). Report to the Norwegian Government on the visit to Norway 2018, CPT/Inf 2019 (1), avsnitt 93.

²²⁰ Helsedirektoratets veileder (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, kap. 3.1.1, s. 19.

Årsaken til at helsekartlegging ikke ble gjort innen 24 timer syntes i flere tilfeller å være at innsettelsen skjedde fredag ettermiddag/kveld eller på en lørdag eller søndag, utenfor helseavdelingens arbeidstid. Sivilombudet har tidligere påpekt at helseundersøkelser ved innsettelse i slike tilfeller ikke bør vente til etter helgen, men bør gjennomføres av legevakt.²²¹

En helsekartlegging skal omfatte flere faktorer og temaer, inkludert pasientens sykdomshistorie (anamnese), aktuelle helseproblemer, og direkte spørsmål om aktuelle tanker eller planer om selvskading og selvmord. Helseavdelingen ved fengselet har et selvstendig ansvar for å kartlegge og vurdere selvmordsrisiko, både i inntakssamtale ved innsettelse og underveis i fengselsoppholdet.²²² Denne plikten beskrives i bydel Bjerkes interne prosedyrer «Prosedyre for inntakssamtale ved innsettelse» og «Prosedyre for å forebygge selvskading og selvmord». Gjennomgang av inntakssamtalene til de 35 innsatte som var på Bredtveit på besøkstidspunktet, viste at helseavdelingen stort sett spurte innsatte om selvskading og suicidalitet. Av journalen gikk det imidlertid kun fram summarisk informasjon, som «selvskading: ja, suicide: nei» eller «ingen tanker eller planer om å skade seg eller ta livet sitt». Vår gjennomgang viste at det bare unntaksvis var dokumentert en samlet konklusjon om selvmordsrisiko og eventuelle tiltak.

Gjennomgang av 20 pasientforløp etter inntak, noen med full journal og noen med tidsavgrenset journal, avdekket at det manglet en systematisk kartlegging og vurdering av selvskading og selvmordsrisiko fra helseavdelingens side.

10.3.3 Helsetjenestens ansvar ved isolasjon av innsatte

Lege skal varsles uten ugrunnet opphold når en innsatt utelukkes fra fellesskap.²²³ Ved plassering på sikkerhetscelle eller i belteseng skal lege varsles snarest, og den innsatte skal få tilsyn av helsepersonell daglig.²²⁴ Helselovgivningen gir ingen direkte regulering av helsetjenestens oppfølging av innsatte i isolasjon og på sikkerhetscelle, men denne følger av retten til helsehjelp og krav til faglig forsvarlig helsehjelp.²²⁵ At helsepersonell skal ha tilsyn med utelukkede og isolerte innsatte én gang daglig går også fram av Mandelareglene, regel 46.1:

«Health-care personnel shall (...) pay particular attention to the health of prisoners held under any form of involuntary separation, including by visiting such prisoners on a daily basis and providing prompt medical assistance and treatment at the request of such prisoners or prison staff.»

Når helsepersonell gjennomfører tilsyn av innsatte er det avgjørende at de samtidig ivaretar sin uavhengighet av fengselet. I en løpende journal for opphold på sikkerhetscelle så vi at en legevakslege anbefalte å flytte den innsatte til belteseng hvis vedkommende fortsatte å dunke hodet sitt. I straffegjennomføringsloven § 38 tredje ledd står det at «Uttalelse fra lege skal så vidt mulig innhentes og tas i betraktning ved vurderingen av om det skal besluttes bruk av sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng.» Denne ordlyden er uheldig, fordi den kan skape uklarhet om helsepersonells oppgave overfor den innsatte *som pasient*. Både medisinsk-etiske prinsipper og menneskerettslige

²²¹ Sivilombudets rapporter fra besøk til Tromsø fengsel (2014), Kongsvinger fengsel (2015) og Drammen fengsel (2016).

²²² Helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 og 3-2.

²²³ Straffegjennomføringsloven § 37 syvende ledd.

²²⁴ Kriminalomsorgsdirektoratet (2008). Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven, pkt. 38.7; Mandelareglene, regel 46.1; De europeiske fengselsreglene, regel 43.2–42.3.

²²⁵ Helsepersonelloven § 4.

standarder tilsier at helsepersonell ikke skal ha noen rolle i beslutningen om å bruke isolasjon eller bruk av tvangsmidler.²²⁶

Bydel Bjerke hadde en intern rutine for tilsyn ved bruk av sikkerhetsseng, men ikke en rutine for tilsyn ved utelukkelse fra fellesskapet eller sikkerhetscelle. Ifølge rutinen for tilsyn ved bruk av sikkerhetsseng foretas tilsynet av sykepleier når lege ikke er til stede, og sykepleier skal sørge for legetilsyn ved avvik på kliniske parametere. Utenom arbeidstid skal fengselet kontakte legevakt.

Helsepersonell vi snakket med under besøket formidlet god kunnskap om tilsynsansvaret og om risikoen for isolasjonsskader. De opplevde at kriminalomsorgen ga dem beskjed om hvilke innsatte som var isolert, og de hadde inntrykk av at kriminalomsorgen kontaktet legevakt når helseavdelingen var stengt. I vår gjennomgang har vi imidlertid ikke sett noen tegn på at helsetjenesten gjennomfører daglige tilsyn med personer som er utelukket fra fellesskap.

Helseavdelingen førte ingen oversikt over hvilke innsatte som var utelukket fra fellesskapet eller plassert på sikkerhetscelle, eller hvor lenge de var der. De hadde ingen systematisk kartlegging av isolasjonsskader, utover det som kunne være notert i den enkelte pasientjournalen. Slike mangler, i tillegg til fravær av daglige tilsyn, vil kunne øke risikoen for at isolasjonsskader ikke blir fanget opp eller blir fanget opp sent i et forløp (se kapittel 10.1.1 *Daglig samarbeid mellom fengsel, helseavdeling og fengselspsykiatrisk poliklinikk*). Helsedirektoratet fremhever at «negative helseeffekter kan oppstå etter bare noen dager i isolasjon, og helserisikoen stiger for hver dag».²²⁷

Ved dokumentgjennomgang fant vi at mange av tilsynene på sikkerhetscelle ble gjort av legevaktslege og ikke av helseavdelingen i fengselet. Helseavdelingen fikk ofte tilsendt utskrift av legevaktnotatene i etterkant, men vi fant lite spor av dette i helseavdelingens egen journalføring for den enkelte pasient. Dette betyr at helseavdelingen verken journalførte at legevakten hadde hatt tilsyn, eller hva som var legevaktslegens vurdering.

Vi fant flere eksempler på at fengselet journalførte at de hadde kontaktet helseavdelingen angående tilsyn, uten at vi fant korresponderende oppføringer i helseavdelingens journaler hverken på samme eller tilstøtende dager.

Siden helseavdelingen ikke fører noen oversikt over hvor lenge en pasient er isolert eller på sikkerhetscelle, ikke er konsekvente i egen journalføring av tilsyn og ikke noterer (i etterkant) når legevakt har hatt tilsyn, var det vanskelig å få et helhetlig inntrykk av pasientens helsetilstand under isolasjon. Dette ga et inntrykk av at helseavdelingen ikke aktivt og selvstendig vurderer hvorvidt bruk av isolasjon og sikkerhetscelle kan være helseskadelig. Inkonsekvent journalføring både ved fengselet og ved helseavdelingen medfører også usikkerhet om alle aktuelle innsatte som skal ha tilsyn faktisk får tilsyn, og om de som får tilsyn faktisk får tilsyn (minst) én gang om dagen av helsepersonell.

I dokumentasjonen vi har gjennomgått har vi ikke funnet noen tilfeller av at helseavdelingen overfor fengselet har uttrykt bekymring for isolasjon av innsatte.

10.3.4 Journalføring

Vi har gjennomgått full eller tidsavgrenset helsejournal for 20 av de 35 innsatte under vårt besøk. Vi mottok også noe dokumentasjon fra legevakter og sykehus for enkelte av disse. Vi undersøkte ikke

²²⁶ Mandelareglene, regel 46.

²²⁷ Helsedirektoratets veileder (2016). Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel, kap. 4.3, s. 44.

spesifikt tannhelsetjenesten og fysioterapi, men det kom fram i enkelte journaler at disse helsetjenestene ble kontaktet ved behov.

Dokumentgjennomgangen viste at det ikke var noen systematisk kartlegging av isolasjonsskader eller mistanke om det. Det ble heller ikke ført noen oversikt over hva helsepersonell kartla og vurderte ved tilsyn på sikkerhetscelle. Der det ble notert at innsatte hadde selvmordstanker eller historikk med alvorlig selvskading, manglet det stort sett en oppsummerende vurdering eller drøfting av selvmordsrisiko. Det var dermed usikkert hvordan informasjonen om den innsatte ble brukt.

Det var noen ganger gjengitt informasjon fra eksterne helseinstanser, for eksempel legevakt og sykehus, men ikke alltid. Dette gjaldt både innen én og samme pasientjournal, og på tvers av journaler. Ved et par tilfeller så vi i journalen fra fengselspsykiatrisk poliklinikk at de hadde delegert oppgaver til helseavdelingen, men at helseavdelingen ikke hadde fulgt disse opp. Vi fant ikke notater i helseavdelingens journaler på de aktuelle pasientene som kunne forklare hva som her hadde skjedd. Ombudet vil påpeke at kommunikasjonssvikt mellom ulike helsetjenester kan få store konsekvenser for pasientene.

Det var sjeldent noen oppsummeringsnotater eller referat fra samarbeidsmøter med eksterne instanser, heller ikke ved de langvarige og sammensatte pasientforløpene. Det var ikke notert bruk av individuell plan for koordinering av ulike helse- og omsorgstjenester overfor noen av de innsatte.²²⁸

Det var ingen journalføringer om initiativ eller drøfting av mulige helseskadelige soningsforhold, eller om mangelfulle vilkår for å kunne gi en god og forsvarlig helseoppfølging (se kapittel 10.1.1 *Daglig samarbeid mellom fengselet, helseavdelingen og fengselspsykiatrisk poliklinikk* og kapittel 10.3.3 *Helsetjenestens ansvar ved isolasjon av innsatte*). Vi ble fortalt under besøket at det ofte var pasientens advokat som tok tak i slike ting, og at helseavdelingen ikke var involvert. Dette synes å være i direkte strid med helsepersonells plikt til å varsle om helseskadelige forhold.

Samlet fant vi at dokumentasjon av relevant og nødvendig helseinformasjon var mangelfull og vilkårlig. Det manglet systematikk og en helhetlig oversikt over behandlingsplaner og individuelle planer. Dette er spesielt bekymringsfullt for de pasientene med sammensatte og/eller alvorlige helseproblemer hvor det er flere eksterne helsetjenester (og andre instanser) inne i bildet. Manglende oversikt kan gi økt risiko for at viktig helseinformasjon ikke fanges opp og dermed gå utover pasientsikkerheten.²²⁹

²²⁸ Pasient- og brukerrettighetsloven § 2-5 slår fast at «pasient og bruker som har behov for langvarige og koordinerte helse- og omsorgstjenester, har rett til å få utarbeidet individuell plan i samsvar med bestemmelsene i helse- og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern.». Se også Helsedirektoratets nasjonale veileder (2013, sist faglig oppdatert 12. juli 2018). Rehabilitering, habilitering, individuell plan og koordinator, kapittel 13: «Retten til individuell plan er uavhengig av alder, diagnose og funksjon. Langvarig betyr at behovet antas å strekke seg over en viss tid, men uten at det behøver å være varig. «Koordinerte» tjenester betyr at behovet gjelder to eller flere helse- og omsorgstjenester. Tjenesteyteren som er oppnevnt som koordinator, skal til enhver tid ha hovedansvaret for oppfølgingen av tjenestemottakeren.»

²²⁹ Jf. Helsepersonelloven, kapittel 8; Helse- og omsorgstjenesteloven kapittel 4.

10.3.5 Svikt i tilgang til helsetjenester - manglende kvinnelig lege

For innsatte som soner dom overtar legen i fengselet fastlegens oppgaver. Innsatte som sitter i varetekt har i utgangspunktet rett til å beholde sin fastlege utenfor fengselet, men vil i praksis ofte bli fulgt opp av fengselslegen.

Den kommunale helsetjenesten skal legge til rette for forsvarlig helsehjelp, blant annet gjennom å sikre lege som overtar oppgavene til innsattes fastlege.²³⁰ Ytelsen av forsvarlig helsehjelp må ta utgangspunkt i at kvinnelige innsatte som gruppe til dels har andre helseplager enn menn, tyngre og mer omfattende ruslidelser og at de i langt større grad enn menn har vært utsatt for seksuelle overgrep (se kapittel 2 *Kvinner i fengsel*). Traumer og rusmisbruk kan også forsterke særlige helseutfordringer som dårlig seksuell og reproduktiv helse.

Denne situasjonen gir helsetjenesten et spesielt ansvar for å lage løsninger som legger til rette for at innsatte får helsehjelp som tar utgangspunkt i deres særlige behov og helseutfordringer.

Helseavdelingen i fengselet hadde kun én lege og dette var en mann. Det fantes ikke noe tilbud om kvinnelige lege for innsatte som ønsket det.

En rekke av de innsatte fortalte oss under besøket at de ikke ville la en mannlig lege undersøke seg, fordi de tidligere hadde vært utsatt for seksuelle overgrep og vold. Flere fortalte at de kviet seg for å fortelle om sine plager, fordi de hadde opplevde press fra helseavdelingen om å si ja til at den mannlege legen skulle undersøke dem. Vi fant dokumentert i flere journaler at innsatte heller snakket med kvinnelig sykepleier om underlivsproblemer og smerter, og flere eksempler på at innsatte ikke hadde tatt celleprøve fordi de ikke ønsket å gjøre dette hos en mannlig lege. I flere journaler kom det fram at innsatte som ønsket henvisning til kvinnelig gynekolog ble forsøkt motivert av sykepleier til å la seg undersøke av den mannlege legen, under henvisning til at det kunne være lang ventetid for kvinnelig gynekolog. Vi fant ingen henvisninger til kvinnelig gynekolog i de journalene vi hadde bedt om innsyn i. Røde Kors gjennomførte våren 2023 en spørreundersøkelse i Bredtveit fengsel, der celleprøveundersøkelser i løpet av de siste tre årene ble kartlagt. 11 av 16 personer svarte at de ikke hadde tatt celleprøve i perioden som er anbefalt av helsemyndighetene (det kom ikke fram om de fem som hadde tatt celleprøve gjorde dette før eller under soning).

Behovet for at pasienten kan velge kjønn på helsepersonell i noen sammenhenger er understreket i Helsedirektoratets høringsutkast til nye Nasjonale faglige råd for Kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel:

«Kommunen bør tilrettelegge for at innsatte som har behov for undersøkelser og behandling kan velge kjønn på helsepersonell. Det er særlig aktuelt ved intime helseutfordringer eller samtaler om for eksempel overgrep eller andre traumer.»²³¹

Dette er i tråd med FN's regler for kvinnelige innsatte, Bangkokreglene som slår fast i regel 10.2:

²³⁰ Retten til å skifte fastlege inntil to ganger i året, og retten til å få en ny vurdering av sin helsetilstand hos en annen lege med fastlegeavtale, jf. forskrift om fastlegeordning i kommunene, kapittel 2 § 2-1 c.

²³¹ Helsedirektoratet (2023). Nasjonale faglige råd for kommunale helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel (høringsutkast), s. 4.

«If a woman prisoner requests that she be examined or treated by a woman physician or nurse, a woman physician or nurse shall be made available, to the extent possible, except for situations requiring urgent medical intervention.»

Flere av de innsatte ga under besøket uttrykk for manglende tillit til helsetjenesten. Innsattes misnøye med helsetilbudet framgår også av årsrapporten for 2022 til Tilsynsrådet for kriminalomsorgen region øst. Den omfattende uroen mange innsatte ga uttrykk for om mangel på tilgang til kvinnelig lege kan tenkes å bidra til generelt å svekke tilliten til helseavdelingen.

Samlet framsto terskelen for kontakt med kvinnelig lege, herunder gynekolog, som for høy. Dette kan øke risikoen for at helseplager og symptomer på sykdom som bør medføre en fysisk undersøkelse med hel eller delvis avkledding, ikke får nødvendig utredning og behandling. En kvinnelig lege i helseavdelingen vil videre redusere behovet for fremstillinger til helsetjenester utenfor fengselet. Dette vil både forkorte utredningsforløp og gjøre disse mindre ressurskrevende for alle aktørene som involveres ved fremstillinger til spesialisthelsetjeneste.

Sivilombudet påpekte også i 2016 at bydelen burde tilrettelegge for tilgang til kvinnelig lege.²³² Bydelen har i etterkant av besøket i 2023 formidlet at de har forsøkt å finne en løsning, men at de ikke har lyktes.. Som ansvarlig for offentlige helsetjenester er bydelen forpliktet etter menneskerettighetene til å ivareta helsen til personer som er frihetsberøvet på en måte som sikrer deres særlige behov.

10.3.6 Tilgang til helseinformasjon på et språk pasienten forstår

Vi så at det i helsejournalen var notert bruk av tolk flere ganger, men det var ingen systematisk og regelmessig bruk av tolk overfor pasienter med behov for dette.

I forbindelse med besøket ble vi også oppmerksomme på at en utenlandsk innsatt med omfattende kontakt med ulike instanser i helsevesenet under fengselsoppholdet hadde bedt om å få helsedokumentasjonen på et språk hun forstod, men fått avslag på dette.

Det følger av pasient- og brukerrettighetsloven § 5-1 første ledd, at pasienter og brukere av helsetjenester har «rett til innsyn i journalen sin med bilag». Innsynsretten skal ivareta pasientens rettssikkerhet ved å gi informasjon om og mulighet til å medvirke i helsehjelpen, samt muliggjøre eventuell klage på rettighetsbrudd og søknad om pasientskadeerstatning. I pasientjournalforskriften § 11 andre ledd står det at det «skal» legges til rette for at «fremmedspråklige [...] kan utøve retten til innsyn». Det framgår ikke at helsepersonell har en oversettelsesplikt som gjelder skriftlig journal. Det er klart at bruk av tolk kan være helt nødvendig for å gi pasienten forsvarlig helsehjelp. I Helsedirektoratets kommentarer til pasient og brukerrettighetsloven § 3-5 står det at loven pålegger helsepersonell, så langt det er mulig, å sikre at pasienten har forstått informasjonen som er gitt. I kommentarene er det også påpekt at helsepersonellet er forpliktet til å skrive hovedinnholdet i den informasjonen som er gitt i pasientens journal.

I helsejournalen for den aktuelle innsatte fant vi ingen redegjørelse for hvilken informasjon som var oversatt for den innsatte. Vi ble under vårt besøk fortalt at andre innsatte hadde måttet tolke helsedokumenter. Den innsatte som oversatte informasjonen opplevde dette som ubehagelig fordi vedkommende da ble kjent med sensitiv helseinformasjon som gjaldt andre innsatte.

²³² Sivilombudet (2016). Rapport fra besøk til Bredtveit fengsel, s. 27.

Anbefalinger til bydel Bjerke:

- Bydel Bjerke bør sikre forsvarlig journalføring.
- Bydel Bjerke bør sikre kartlegging og vurdering av helsebehov ved innkost og senest innen 24 timer. Alle nye innsatte som kommer inn i fengselet etter arbeidstid bør få helsevurdering fra legevaktslege.
- Bydel Bjerke bør sikre kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, inkludert alvorlig og/eller gjentatt selvskading, både ved innkost og underveis i fengselsoppholdet.
- Bydel Bjerke bør sikre daglig tilsyn og oppfølging av innsatte som er isolert, også de som er utelukket fra fellesskapet. Bydelen bør sikre en helhetlig oversikt over gjennomførte tilsyn, også når disse er gjennomført av legevakt.
- Bydel Bjerke bør føre en systematisk oversikt over alle innsatte som er isolerte, årsak til isolasjonen, hvor lenge isolasjonen varer og negative helseeffekter av isolasjonen.
- Bydel Bjerke bør ha en prosedyre som beskriver hvordan helseavdelingen skal melde om mangelfulle vilkår for god helseoppfølging, om helseskadelige forhold, og ved bekymring for soningsdyktighet.
- Bydel Bjerke bør sikre at innsatte får tilgang til kvinnelig lege.
- Bydel Bjerke bør sikre at pasienter med sammensatte, alvorlige eller langvarige helseproblemer får en helhetlig og koordinert oppfølging.
- Bydel Bjerke bør sikre kapasitet til å drive forebyggende og helsefremmende tiltak for de innsatte.
- Bydel Bjerke bør sikre at alle henvendelser fra innsatte til helseavdelingen og svar journalføres. Den innsatte bør få oppgitt tid for konsultasjon i svaret fra helseavdelingen.
- Bydel Bjerke bør ha et kamera tilgjengelig slik at eventuelle skader på innsatte kan dokumenteres av helsepersonell i helsejournalen.
- Bydel Bjerke bør sikre mer systematisk bruk av tolk i samtaler med helsetjenesten.

10.4 Poliklinikken (spesialisthelsetjeneste)

Fengselspsykiatrisk poliklinikk formidlet generelt at de hadde god kompetanse og var godt bemannet for sine arbeidsoppgaver. De siste to årene hadde de ikke avslått henvisninger fra helseavdelingen, og de opplevde at de ga rask timeavtale sammenliknet med andre poliklinikker i Oslo-området. De hadde øyeblikkelig hjelp-funksjon hverdager kl 0830-1500, som innebærer at primærhelsetjenesten kan ringe direkte for vurdering og/eller drøft ved for eksempel aktiv psykotisk tilstand hvor det er økt fare for eget eller andres liv eller helse, delir eller andre alvorlige tilstander som kan medføre behov for innleggelse.

Dokumentgjennomgang bekreftet at poliklinikken ga rask og positiv respons etter mottatt henvisning og kunne tilby ukentlig oppfølging. Notatene var generelt grundige, inkludert kartlegging og vurdering av selvmordsrisiko, bruk av telefontolk/videolink ved behov, og referater fra samarbeidsmøter med eksterne og interne instanser (både med og uten pasient og pårørende).

Poliklinikken formidlet at de hadde et godt samarbeid med helseavdelingen og med fengselet, selv om de i utgangspunktet ikke hadde noen faste møter med fengselet. Samtidig syntes poliklinikken i liten grad å være involvert i de store utfordringene fengselet opplevde, særlig når det gjaldt innsatte som skadet seg selv og som ble utsatt for omfattende og inngripende isolasjon. Vi savnet mer

refleksjon om forholdene for de innsatte i fengselet, som omfang av isolasjon, mangel på meningsfull menneskelig kontakt, mangelen på forutsigbarhet, trygghet og stabilitet og hvordan det er å leve tett på andres lidelse. Den uttalte oppgavefordelingen mellom primær- og spesialisthelsetjenesten, inkludert at primærhelsetjenesten skal være portvokter for spesialisthelsetjenesten, kunne gjøre det vanskeligere enn nødvendig for poliklinikken å ta initiativ overfor kriminalomsorgen og for kriminalomsorgen å få innspill og kompetanse fra poliklinikken.

De ansatte fra fengselspsykiatrisk poliklinikk ved Bredtveit fengsel som var en del av ressursteamet var nærmere på de innsattes hverdagsliv i fengselet. Disse fortalte samtidig at deres kapasitet ikke ble fullt ut benyttet på grunn av dårlige og uegnete fysiske forhold.

11 Flytting av innsatte til Ullersmo fengsel

Om kvelden 26. januar 2023 ble det satt krisestab på Bredtveit fengsel. Dagen etter, fredag 27. januar 2023, ble det besluttet å flytte fire innsatte til Ullersmo fengsel. Da Sivilombudets besøkte Bredtveit fengsel satt det fortsatt kvinner på Ullersmo fengsel. En del av besøkssteamet gjennomførte derfor befaring, samtaler med innsatte og ansatte, samt dokumentgjennomgang der. Kort tid etter besøket vårt ble de innsatte flyttet fra Ullersmo fengsel til andre fengsler i landet.

Ullersmo fengsel er et høysikkerhetsfengsel for menn, som er lokalisert på Kløfta i Ullensaker kommune. Fengselet har 286 plasser, og har ikke tidligere hatt kvinnelige innsatte. De fire innsatte kvinnene ble besluttet plassert på avdeling Zulu øst ved Ullersmo fengsel. Det satt flere menn på avdeling Zulu øst 27. januar 2023, og disse ble hasteflyttet til andre fengsler og avdelinger for å tømme avdelingen før kvinnene ankom samme ettermiddag. I tillegg til disse fire kvinnene ble ytterligere fem kvinner innsatt på avdeling Zulu øst i tiden etter 27. januar. To av disse ble ikke overført fra Bredtveit, men ble plassert direkte på Ullersmo som følge av at avdelingen Zulu øst midlertidig var omgjort til en avdeling som også tok imot kvinner (se kapittel 10.2.4 *Flytting av innsatte mellom fengsler*).

Fysiske forhold

Avdeling Zulu øst er den mest restriktive avdelingen i Ullersmo fengsel og har ni plasser. Ved normal drift bukes den først og fremst til varetektsinnsatte som retten har besluttet skal isoleres, samt til innsatte på dom eller i varetekt som fengselet selv har besluttet å utelukke.²³³ Zulu øst delte uteområder med avdelingen Zulu nord (ti plasser) som under vårt besøk midlertidig var omgjort til Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling ved Ila fengsel. Zulu nord er normalt en avdeling for varetektsinnsatte med fellesskapsarealer. I nær tilknytning til avdelingene Zulu øst og Zulu nord er det en korridor med tre sikkerhetsceller, én av disse med en belteseng. Helsetjenestene ligger nært til de to avdelingene.

Avdeling Zulu øst består av en korridor med ni celler i tillegg til et samtalerom, et lite kjøkken og et vaktrom. Avdelingen har i tillegg tilgang til et aktivitetsrom/samtalerom som har inngang fra uteområdet.

Cellene er forsterkede og sparsomt innredet fordi de er ment som midlertidige celler for innsatte som er utelukket fra fellesskap (se kapittel 5.1 *Fengsel* og kapittel 6.4 *Isolasjon på forsterket celle*). Cellevinduene var nokså nye, men var blitt konstruert slik at luken som skulle kunne åpnes for å få inn frisk luft ikke fungerte og derfor var blitt boltet igjen. Det var derfor ikke lenger mulig å få frisk luft inn på cellene og ventilasjonssystemet var ikke uformet for å være eneste kilde til luft.²³⁴ Vinduene hadde ikke gardiner eller andre muligheter til å blende fra innsiden, men det var utvendige persiennner som ble delt mellom to celler. Persiennene ble styrt elektronisk fra vaktrommet og kunne ikke styres av den innsatte selv. De skjermet for sterkt lys, men ga ikke god lysdemping om natten i sommerhalvåret.

²³³ Henholdsvis straffeprosessloven § 186 a og straffegjennomføringsloven § 37.

²³⁴ Se Sivilombudets besøksrapport til Ullersmo fengsel (2017) der luftkvalitet var ett av forholdene som ble påpekt.

Uteområdet bestod av flere lufteområder som var atskilt fra hverandre for å hindre kommunikasjon for de som retten har besluttet skal være isolert. Også i størrelse og mulighet for aktivitet bar lufteområdene preg av at de var ment for innsatte med restriksjoner.

Kvinnelige innsatte i et mannsfengsel

Det var uklart om det hadde vært en forutsetning for flyttingen at det ikke skulle være mannlige innsatte på avdelingen så lenge det var kvinner der. Det kom fram ulike oppfatninger om dette gjennom intervjuene med betjenter og ulike deler av ledelsen. Da innsatte fra Bredtveit fengsel ble overflyttet 27. januar var avdelingen tom, men under vårt besøk var det plassert en mann på samme avdeling som kvinnene. I informasjonsinnhentingen kom det fram at det var ytterligere minst to menn på avdelingen i løpet av perioden det var kvinner der.

Selv om avdeling Zulu øst er en utelukkelsesavdeling vil de innsatte raskt bli klar over at det sitter innsatte av motsatt kjønn der. Det er lytt mellom cellene og det kom fram at mannlige innsatte hadde brukt seksualisert språk og forsøkt å oppnå kontakt med kvinnelige innsatte. Celler og celleluker måtte konsekvent holdes låst for å unngå at mannlige og kvinnelige innsatte møtte hverandre. Det var ikke mulig for de kvinnelige innsatte å bruke gymsal eller den store luftegården i fengselet uten at de ble eksponert for mannlige innsatte.

En hendelse under vårt besøk illustrerte utfordringen da det oppstod en konflikt mellom en mannlige innsatt og betjenter i korridoren utenfor cellene og den innsatte med makt ble ført inn på cella. Situasjonen utløste høylytt brøling fra både den innsatte og betjenter.

Sivilombudet har en rekke ganger tidligere kritisert at kvinner og menn soner sammen, se blant annet Sivilombudets temarapport *Kvinner i fengsel* (2016).

Isolasjon og manglende mulighet for aktivisering

Fordi kvinnene ble plassert i et mannsfengsel var det en forutsetning at de hadde aktive vedtak om utelukkelse fra fellesskap. Å plassere innsatte i et fengsel der de kun kan være plassert i isolasjon, framstår som svært problematisk. En slik forutsetning skaper en høy risiko for at det ikke foretas en tilstrekkelig og løpende vurdering av om vilkårene for utelukkelse faktisk var til stede i den enkelte sak, og dermed at utelukkelse skjer i strid med loven. For en innsatt i varetekt under vårt besøk manglet det åpenbart begrunnelse for utelukkelsesvedtak. Forutsetningen om utelukkelse skaper også sterk tvil om fengselet ivaretar sin plikt til å forebygge isolasjon og legge til rette for at en innsatt som er utelukket får mulighet til å avslutte utelukkelsen.

Under besøket fikk vi vite at fengselets aktivitetsteam, som hadde i oppgave å bidra til å aktivisere isolerte innsatte, ikke ble brukt overfor de kvinnelige innsatte. Kvinnene hadde heller ikke tilgang til rusmestringsenheten ved Ullersmo fengsel. Fra befaringsintervjuer og dokumentgjennomgang kom det fram at de innsatte i beste fall fikk mulighet til menneskelig kontakt i to timer i døgnet. I realiteten syntes det som at den menneskelige kontakten var mindre og at det var få muligheter for annet enn korte interaksjoner med betjenter i hverdagen, selv om det kom fram at det noen ganger ble mulighet for å se film, gå i den store luftegården når den ikke ble brukt av mannlige innsatte, eller være i aktivitet i gymsalen.

Selvskading, selvmordsforsøk og bruk av tvangsmidler

Av samtaler og dokumentgjennomgang kom det fram sterke og voldsomme beskrivelser av selvskading og selvmordsforsøk på avdeling Zulu øst i perioden vi undersøkte. Både ansatte og

ledelse virket sjokkerte over omfanget og alvorligheten i selvskadingen. Det ble beskrevet at betjentene i en periode måtte innføre rep-kutter som del av standardutstyret for betjentene på vakt for raskest mulig å kunne avbryte stranguleringsforsøk. Vår gjennomgang av dokumentasjon som gjelder kvinnene som var overført til Ullersmo fengsel viste blant annet at det i løpet av tre døgn i februar 2023 var 20 selvskadingshendelser og at det ble brukt rep-kutter for å stanse strangulering seks ganger på ett døgn.

Mens de innsatte fra Bredtveit fengsel oppholdt seg på Ullersmo fengsel ble de flere ganger overført til sikkerhetscellene og sikkerhetssengen der. Fengselsledelsen ga overfor Sivilombudet uttrykk for at de mente fengselsoppholdet i seg selv syntes å forverre kvinnes helsetilstand.

Bemanning og oppfølging av ansatte

Under vårt besøk var bemanningen på avdeling Zulu øst fire betjenter. Det var da tre kvinner og én mann innsatt på avdelingen. Det kom fram at det i perioder var fem betjenter på avdelingen.

Som et tiltak for å ivareta de ansatte på avdeling Zulu øst etter overføringen av kvinnelige innsatte med omfattende selvskadings- og selvmordsproblematikk, var det blitt innført en daglig «defuse» av vaktlaget kl 1400-1420, i samarbeid med den lokale fengselspsykiatriske poliklinikken.

Samlet vurdering

På bakgrunn av at det ikke lenger er kvinner på Ullersmo fengsel er omtalen av forholdene der begrenset i denne rapporten. Det blir av samme grunn heller ikke gitt noen anbefalinger til Ullersmo fengsel eller til helsetjenestene ved Ullersmo fengsel.

Sivilombudet finner imidlertid grunn til å understreke at beslutningen om å overføre kvinnelige innsatte til en isolasjonsavdeling i et mannsfengsel er svært kritikkverdigg. Etter vår vurdering medførte forholdene for kvinnene i denne perioden en høy risiko for umenneskelig og nedverdiggende behandling.

Besøksadresse: Akersgata 8, Oslo
Postadresse: Postboks 3 Sentrum, 0101 Oslo
Telefon: 22 82 85 00
Grønt nummer: 800 80 039
Telefaks: 22 82 85 11
Epost: postmottak@sivilombudet.no
www.sivilombudet.no



Foto: Sivilombudet