Innsatte med alvorlig psykisk lidelse har behov for mer samordnet helsehjelp og oppfølging under soning



Ukom



MELLOM STRAFF OG HELSEHJELP – SAMHANDLING OM ALVORLIG PSYKISK SYKE I FENGSEL

Innsatte med alvorlig psykisk lidelse har behov for mer samordnet helsehjelp og oppfølging under soning

Publisert 26. mai 2026 Sist oppdatert 26. mai 2026

ISBN 978-82-8465-045-6

Innsatte med alvorlig psykisk lidelse har en særlig sårbarhet for belastningene som følger av et lukket fengselsmiljø og strengt sikkerhetsregime. Faktorer som stress, innlåsing og isolasjon kan forverre psykisk sykdom. Mange vil ha behov for spesialisert og koordinert oppfølging og helsehjelp. God samhandling mellom kommunehelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og kriminalomsorgen er avgjørende for å kunne gi de innsatte nødvendig oppfølging og helsehjelp.

I dette kapittelet vil vi særlig løfte fram funn fra undersøkelsen som handler om

- en endret innsattgruppe med mer komplekse og sammensatte behov
- betydningen av helsekartlegging og informasjonsflyt i samhandlingen rundt særlig sårbare innsatte
- observasjons- og behandlingsgrunnlag - kontaktflater og tilstedeværelse av helsetjenester
- kompetanse i å identifisere, vurdere og følge opp innsatte med alvorlig psykisk lidelse
- når alvorlig psykisk syke innsatte avviser helsehjelp
- rehabiliterings- og behandling i høysikkerhetsfengsel

En endret innsattgruppe med mer komplekse og sammensatte behov

Flere fengselsbetjenter med lang erfaring forteller om en økning de siste årene i antall innsatte med alvorlig psykisk lidelse og store hjelpebehov. Informanter beskriver Daniel som for syk til å være i fengsel, og at han i liten grad var i stand til å ta vare på seg selv.

Daniels historie illustrerer utfordringer knyttet til begrenset tilgang på tilpassede soningsalternativer for innsatte med alvorlig psykisk lidelse. I undersøkelsen beskriver flere informanter at enkelte innsatte kan være for syke til å fungere i et ordinært fengselsmiljø, samtidig som de ikke oppfyller vilkårene for dom til tvungent psykisk helsevern, eller for overføring til helseinstitusjon.

> “Jeg vet ikke hvor mange ganger jeg sa under Daniel sin tid her at han skulle vært på en døgnbemannet – et eller annet – hvor noen kan hjelpe han med alle disse tingene som han ikke får til, og som man kan tenke seg at han ikke kommer til å få til når han går ut døra her.”
> - Ansatt i fengsel

Noen helsepersonell i undersøkelsen mener at innsatte har bedre tilgang til helsetjenester i fengsel enn befolkningen ellers fordi hjelpen er nær, og at mange innsatte sjelden selv ville ha oppsøkt hjelp ute. Andre informanter beskriver at høysikkerhetsfengsler i mindre grad er tilrettelagt for psykisk syke innsatte, som Daniel. Denne gruppen kan dermed ha behov for mer omfattende helsehjelp og spesialisert behandling for å hindre sykdomsforverring.

Importmodellen ble innført på slutten av 1980-tallet for å sikre innsatte et likeverdig helsetilbud som befolkningen ellers. Modellen ble etablert i en tid med færre innsatte med alvorlig psykisk lidelse enn i dag. Undersøkelsen viser at dagens mer sammensatte og komplekse behov hos innsatte, som krever mer samhandling mellom aktørene, kan være utfordrende å håndtere innenfor importmodellens rammer. Dette særlig fordi ansvar og oppgaver fordeles mellom kriminalomsorgen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, uten at en enkelt aktør har et samlet ansvar for den helhetlige oppfølgingen.

Importmodellen

Norske fengsler drives etter importmodellen. Det betyr at ulike instanser ute i samfunnet leverer tjenester til de innsatte i fengslene, på samme måte som de også leverer disse tjenestene til personer i samfunnet utenfor fengslene. Eksempler på slike tjenester er helsetjenester, skole/utdanning, NAV-tjenester og bibliotektjenester (33).

Antall innsatte i høysikkerhetsfengsler har gått ned de siste 15 årene. En viktig årsak er økt bruk av straffegjennomføring i samfunnet, eksempelvis gjennom elektronisk kontroll ved bruk av fotlenke, der de følges opp av friomsorgskontorer (34). Samtidig som antall innsatte er redusert, har andel innsatte som kommer til fengsel med aktive rus- og psykiske lidelser økt betydelig siden 2010. Selv om alvorlige psykoselidelser forekommer sjeldnere, har slike diagnoser ofte store konsekvenser for de som rammes, som økt risiko for somatisk sykdom, redusert funksjonsnivå og høyere dødelighet (1, 3).

NOU 2025:2 *Samfunnsvern og omsorg* løfter fram forhold knyttet til hvordan personer med alvorlig psykisk lidelse i fengsel kan bli bedre ivaretatt (35). I utredningen (s.75) peker Norsk psykiatrisk forening på at institusjoner i psykisk helsevern kan være tilbakeholdne med å ta imot personer som både har alvorlig sinnslidelse og strafferettslig problematikk, og at det er behov for bedre tilrettelagte avdelinger i fengsel for innsatte som ikke omfattes av psykisk helsevernloven (35).

NIM viser i sitt høringssvar til NOU-en om statens særskilte omsorgsforpliktelse overfor innsatte med psykiske lidelser, og støtter utvalgets anbefaling om at kriminalomsorgen i større grad skal ta initiativ til å vurdere straffeavbrudd dersom helsetilstanden hos den innsatte tilsier det (36). De stiller også spørsmål ved om innsatte i praksis har tilstrekkelig anledning til å få vurdert om de kan sone i fengsel, sett opp mot de europeiske menneskerettighetene, artikkel 5, om krav til kontroll av frihetsberøvelse (37).

Dette reiser spørsmål om hvorvidt alvorlig psykisk syke personer skal sone i fengsel, og hvor grensen bør gå mellom soning og overføring til behandling i helseinstitusjon. Det er også pekt på et dilemma knyttet til at særreaksjonen tvungent psykisk helsevern kan handle mer om kriminalitetsforebygging og samfunnsvern, og mindre om vurdering av behandlingspotensial (38).

En annen dimensjon av den økte andelen på innsatte i høysikkerhetsfengsel med alvorlig psykisk lidelse, er ansattes opplevelse av moralsk stress. Informanter fra både helsetjenesten og kriminalomsorgen fortalte at de opplevde jobben sin som viktig og meningsfull, men at det høye tallet på innsatte med alvorlige psykiske lidelser ofte kunne innebære en belastende arbeidshverdag. Rammevilkår i høysikkerhetsfengsel, knapphet på ressurser og kapasitet til å håndtere utfordringer knyttet til alvorlig psykisk syke innsatte kan føre til opplevelse av å ikke alltid ha mulighet til å etterleve egne etiske og faglige standarder i oppfølging og behandling av svært syke innsatte.

Moralsk stress

Når ansatte over tid ikke har rammer til å gi nødvendig hjelp i tråd med faglig og etisk standard, kan dette føre til avmakt, normalisering av uheldig praksis og svekket beslutningskvalitet. Moralsk stress bør derfor forstås som et uttrykk for systemsvikt, med konsekvenser for både pasientsikkerhet og tjenestenes bærekraft (39-41).

I Ila og Skien fengsel er det etablert Nasjonal forsterket fellesskapsavdeling (NFFA) for å styrke arbeidet med meningsfullt samvær og aktiviteter til alvorlig psykisk syke innsatte med atferd som skyldes alvorlig og kompleks problematikk (42). Avdelingen har sikkerhetskrav som et fengsel, men er bemannet med ansatte fra både kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten for å gi en bedre og mer helhetlig oppfølging. Tilbudet består i dag av til sammen tolv plasser, og er ikke tilstrekkelig med tanke på den økte andelen innsatte med alvorlig psykisk lidelse.

Det er behov for å se på hvordan ordningene for vurdering av soningsdyktighet er innrettet, der ansvar og roller for slik vurdering er nærmere avklart. Videre viser undersøkelsen at det også kan være behov for en diskusjon om hvorvidt importmodellens innretning i tilstrekkelig grad ivaretar en stadig psykisk sykere innsattgruppe med større behov for spesialisert og koordinert helsehjelp.



Eksempelbilde fra et norsk fengsel. Foto: Christian Wangberg/Kriminalomsorgen

Kartlegging er viktig for tilrettelegging og oppfølging under soning

Undersøkelsen viser at kartlegging av innsattes helse skjer gjennom flere parallelle prosesser særlig i starten av soningsforløpet. Fengselshelsetjenesten, kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten, når de har gitt rett til helsehjelp, innhenter hver for seg opplysninger om den innsatte. Kartleggingene har ulike formål. For innsatte med alvorlig psykisk lidelse og begrenset egenomsorgsevne, kan det være aktuelt at relevant informasjon blir sett i sammenheng, og delt mellom tjenestene for å sikre mer koordinert og helhetlig oppfølging.

Deling av helserelaterte opplysninger krever samtykke fra den innsatte. Daniel samtykket til at nødvendig informasjon om ham kunne deles mellom fengselshelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og fengselsbetjenter. Dagen etter trakk Daniel tilbake samtykke for deling av informasjon med spesialisthelsetjenesten, men det er ikke dokumentert årsak til denne endringen.

Tidlig helsekartlegging

Daniel ble innsatt i fengsel en fredag ettermiddag, og det var derfor legevakten som gjennomførte den første helsesjekken. Legevakten dokumenterte at han ikke hadde psykisk eller somatisk sykdom, og at han ikke var ruset eller abstinent. Samtidig framgår det at Daniel ikke kunne oppgi hvilken dato eller måned det var. Han delte heller ingen opplysninger om diagnoser eller om tvangsinnleggelsene i psykisk helsevern året før fengslingen. Daniel avviste tilbud om innkomstsamtale med fengselshelseavdelingen da de oppsøkte ham i fengselet påfølgende mandag.

Innkomstsamtale

Fengselshelsetjenesten skal ha rutiner for å gjennomføre en innkomstsamtale med helsekartlegging så snart som mulig etter innsettelse, og helst innen ett døgn. Innkomstsamtalen omfatter blant annet spørsmål om somatisk og psykisk helse, rusmiddelbruk og abstinensfare, behov for medisiner, eventuelle skader ved pågripelse og risiko for selvskading eller selvmord (43).

En tidlig helsesjekk skal bidra til å fange opp akutte psykiske eller somatiske tilstander, gi nødvendig medisinsk behandling og sikre tilgang til nødvendige medisiner. Fengselshelsetjenesten skal også identifisere og dokumentere eventuelle skader under pågripelsen. Dette bør skje innen 24 timer etter at den innsatte kommer til soning (43). Når fengselshelsetjenesten ikke er til stede, er det oftest legevakten som utfører denne sjekken.

Legevakten kan ha begrenset kjennskap til ulike forhold ved fengsling som kan påvirke innsattes psykiske helse, som isolasjon og redusert menneskelig kontakt. I legevakthåndboken finnes det lite omtale av særskilte prosedyrer knyttet til fengselshelse, som for eksempel helsesjekk og isolasjonsskader hos innsatte (44).

Relasjonen mellom den innsatte og den kommunale fengselshelsetjenesten kan også bli mer fragmentert når den første helsesjekken blir gjennomført av andre enn den stedlige fengselshelsetjenesten.



Innkomstsamtale. Foto: Shutterstock

Innkomstsamtale med fengselshelsetjenesten

God ivaretakelse under soning forutsetter at den første helsesjekken på legevakten blir fulgt opp med innkomstsamtale og egen helsekartlegging av fengselshelsetjenesten. Hensikten med innkomstsamtalen er å gi helsepersonell grunnlag for å forstå den innsattes bakgrunn og

sårbarhet, identifisere behov for videre kartlegging og planlegge oppfølging under soning og ved løslatelse. Systematisk og tidlig kartlegging av psykisk helse og funksjonsnivå kan bidra til et mer tilpasset soningsløp. Dette kan også gi bedre forutsetninger for helsemessig behandling og stabilisering, som er en forutsetning for rehabilitering i kriminalomsorgen.

Innkomstsamtalen gir helsetjenesten mulighet til å informere om helsetilbud i fengsel, og til å etablere en relasjon med den innsatte. Informanter peker på viktigheten av å trygge den innsatte på at helsepersonell har taushetsplikt, og at de ikke er en del av kriminalomsorgen. Det kan bidra til å senke terskelen for at innsatte deler opplysninger om psykiske helseplager, og at de har tillit nok til å be om hjelp når de trenger det.

Innkomstsamtalen kan bidra til å få oversikt over tidligere behandlingshistorikk eller pågående behandling for sikre kontinuitet i behandlingsforløp. Det er også nødvendig å vurdere funksjonsnivå og psykisk sårbarhet, slik at behandling og tilrettelegging kan etableres tidlig i soningen. Helsetjenesten har ofte lite informasjon om den innsatte, og kjernejournal kan inneholde få opplysninger. Helsepersonell er dermed i stor grad avhengig av hva den innsatte deler om seg selv, eller samtykker til når det gjelder informasjonsinnhenting av helseopplysninger.

Pårørendeinvolvering kan være nyttig i den tidlige kartleggingsfasen, blant annet for å innhente relevant tilleggsinformasjon om den innsatte. Dette forutsetter samtykke.

Tidligere behandlingshistorikk følger ikke automatisk den innsatte. Informanter i fengselshelsetjenesten forteller at innhenting av journalopplysninger er tidkrevende. Manglende tilgang til journalsystemer, og utfordringer med å innhente epikrise digitalt fra spesialisthelsetjenesten, kan bidra til at slike oppgaver legger beslag på større deler av deres arbeidstid.

Kartlegging kan være særlig utfordrende når innsatte med alvorlig psykisk lidelse er tildekkende eller har begrenset innsikt i egen helsetilstand. Uten tilstrekkelig bakgrunnsinformasjon om den innsatte, kan sykdomstegn også være vanskelig å fange opp i korte møter med fengselshelsetjenesten.

Kriminalomsorgens kartlegging

Daniel hadde lav egenomsorgsevne og mestret i liten grad dagliglivets aktiviteter. Det framgår ikke av journalopplysninger at hans funksjonsnivå ble systematisk vurdert eller dokumentert, med en konkret plan for tilrettelegging og oppfølging.

Kriminalomsorgen gjennomfører egne kartlegginger ved innsettelse, blant annet innkomstsamtale, behovs- og ressurskartlegging og selvmordskartlegging (BRIK). Basert på slike kartlegginger skal kriminalomsorgen utarbeide en plan for oppfølging og progresjon i soningen (POP). BRIK og POP kan også danne grunnlag for samarbeid med helsetjenestene. Kriminalomsorgen klarlegger i større grad enn helsetjenestene hvordan den innsatte fungerer i dagliglivet. Dette kan være viktig informasjon for helsetjenestene for å få et tilstrekkelig bilde av funksjonsnivå.



Fengselsbetjent. Foto: Kriminalomsorgen/Aleksander Hage

Behovs- og ressurskartlegging (BRIK)
Behovs- og ressurskartlegging av domfelte er kriminalomsorgens innkomstkartlegging. Formålet er å avdekke domfeltes behov for tiltak som har betydning for straffegjennomføringen og tilbakeføring til samfunnet, blant annet knyttet til bolig, utdannelse, arbeid, helsehjelp og hjelp til å ordne økonomi. Den brukes for å fange opp helse-, risiko- og oppfølgingsbehov når en person blir satt i varetekt eller soning (45).

Plan for oppfølging og progresjon (POP)
Plan for oppfølging og progresjon (POP) er kriminalomsorgens planverktøy for gjennomføring av straff. Planen bygger på BRIKkartlegging og beskriver mål, delmål, tiltak, ansvar og progresjon under soning og etter løslatelse, inkludert permisjon og overgang til friere straffegjennomføring (46)

Det er frivillig for den innsatte å svare på disse spørsmålene, og informanter beskriver at BRIK kan være tidkrevende å gjennomføre, og at betjenter må ha opplæring før de kan gjennomføre slik kartlegging.

Da Daniel sonte, var ikke POP innført. Før dette vurderte kriminalomsorgen en såkalt framtidsplan for soningsforløpet. Daniel hadde ikke en framtidsplan.

Selv om kriminalomsorgen kartlegger og gjør observasjoner av innsattes fungering, har ikke betjentene helsefaglig kompetanse. Når kriminalomsorgen stiller spørsmål om fysisk og psykisk helse beveger de seg inn på et fagområde som tilhører helsetjenesten. Uten helsekompetanse kan det være vanskelig for fengselsbetjenter å vurdere om noe avviker fra en helsemessig normaltilstand, som skal meldes videre til fengselshelsetjenesten. Informanter beskriver at informasjonsdeling mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene kan være tilfeldig og lite strukturert. Observasjoner som blir gjort i kriminalomsorgen om mulige funksjonsmessige avvik hos innsatte, blir dermed ikke alltid en del av grunnlaget for oppfølging i fengselshelsetjenesten.

Dette kan gi et begrenset utgangspunkt i begge tjenestene for planlegging av den helhetlige oppfølgingen av sårbare innsatte gjennom soningsforløpet. Kartlegging og systematiske observasjoner av den innsattes psykisk helse og funksjonsnivå bør derfor ses i sammenheng.

At kriminalomsorgen, som også har kontrollmyndighet, stiller helsemessige spørsmål til den innsatte, er av flere informanter løftet fram som problematisk. Når den samme aktøren som kan låse innsatte inne og bruke tvang innehar svært sårbare helseopplysninger, kan den innsatte oppleve det som en rollesammenblanding. Det kan skape mistillit, og en uheldig maktbalanse. At en instans både har kontrollfunksjon og innhenter helsedata, kan svekke innsattes tillit til å dele sensitive helseopplysninger om seg selv.

Behov for samhandlingsrutiner og ansvarsavklaring

Oppfølgingen og helsehjelpen til Daniel var fragmentert. Vi finner lite dokumentasjon på direkte samarbeid, og få felles samhandlingsrutiner mellom kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Det er kommunen som har ansvar for å sikre at den innsatte får tilgang til helse- og omsorgstjenester (47). Kriminalomsorgen skal legge til rette for at innsatte får helsetjenester de har krav på (48, 49). Samarbeidsavtalen mellom kriminalomsorgen, den kommunale helse og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten har som formål å forplikte partene til samarbeid om nødvendige tiltak, men inneholder ikke konkrete samhandlingsoppgaver.

Informanter savner rutiner både for eget arbeid og for samhandlingsoppgaver. Informanter har også fortalt at det kan være uklart når, og på hvilket grunnlag samarbeidsavtalen mellom tjenestene skal oppdateres, og hvem av dem som har hovedansvar for å ta initiativ til selve oppdateringen.

Undersøkelsen viser at grenseflater mellom helsetjenestene og kriminalomsorgen blir opplevd som ansvarsmessig uklare. Det kan gjelde både hvilken tjeneste som skal ta initiativ til samhandling, håndtere ulike helserelaterte oppgaver, hvordan samarbeidet skal foregå i praksis, og hva slags helserelatert informasjon som kan deles mellom tjenestene.

Den nye nasjonale veilederen om *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel* – *Veileder til lov og forskrift* fra Helsedirektoratet (43) gir god oversikt over lover og regelverk, men informanter opplever at den gir mindre konkret hjelp i det daglige arbeidet. De etterlyser verktøy med praksisnære eksempler på hvordan samhandlingsutfordringer knyttet til eksempelvis forståelse og praktisering av taushetsplikt, informasjonsplikt og samhandling rundt helseoppfølging av innsatte kan bli løst.

Veilederen inneholder et eget kapittel om kriminalomsorgens ansvar og helseoppgaver som enten er delegert til dem, eller som det er samarbeid om. Dette er oppgaver som medisinutdeling og omsorgsrettet praktisk bistand til innsatte. Ansatte i kriminalomsorgen som deler ut medisiner skal ha fullført nødvendig opplæring fra den kommunale helse- og omsorgstjenesten (50). De skal likevel ikke vite hva slags medisiner de deler ut, og de har heller ikke ansvar for å observere for effekt og bivirkninger (43).

“Helse skal i teorien være med på medisinutdeling. Fengselsbetjenter med medisinkurs deler ofte ut. Rett luke til rett tid til rett dag. Fint om helse er til stede, for vi kan ikke svare på spørsmål fra de innsatte som handler om helse.”
- Ansatt i fengsel



Foto: Shutterstock

Informanter har pekt på flere utfordringer i samhandlingen og informasjonsflyten som kan bidra til at oppfølgingen av sårbare innsatte ikke blir tilstrekkelig koordinert.

Helsetjenestene er ikke til stede i fengselet gjennom store deler av døgnet. Når fengselshelsetjenesten ikke er til stede, er det kriminalomsorgens ansvar å sikre at frihetsberøvelsen ikke medfører tap av rett til helsehjelp til innsatte. Med en stadig sykere innsattgruppe øker de helserelaterte oppgavene i kriminalomsorgen, og betjentene må fylle et gap mellom helsetjenestenes tilgjengelighet og innsattes helsebehov. Eksempler på slike oppgaver er selvmordsvurdering, tilsyn ved sykdom og isolasjon, og at fengselsbetjenter ofte er første instans ved kriser. Det kan utfordre pasientsikkerheten når kriminalomsorgen, som ikke har helsekompetanse eller ansvar for helseoppgaver, har en så stor rolle knyttet til å vurdere behov for når en innsatt trenger helseoppfølging. Det er særlig sårbart angående innsatte med alvorlig psykisk lidelse som ikke selv ber om hjelp.

En annen utfordring informanter løftet fram, er at kriminalomsorgen ikke uten videre skal ha informasjon om innsattes diagnoser. Daniels uvanlige atferd kunne forklares med utgangspunkt i hans alvorlige psykoselidelse. Når informasjon om spesielle særtrekk ved diagnosen paranoid schizofreni ikke var kjent for fengselsbetjentene, var det også vanskelig for dem å vite hvilke tegn

de skulle være særlig oppmerksomme på, og hva som burde utløse en bekymring til helsetjenesten.

Samhandling kan også bli krevende når fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten ikke er samlokalisert, eller til stede samtidig i fengselet. I tillegg gir ulike journalsystemer begrensninger for digital samhandling. Når det ikke er felles møtearenaer, eller felles digitale kommunikasjonsmuligheter, kan det gi risiko for at nødvendig informasjon om behandling eller tiltak ikke blir utvekslet mellom helsetjenestene. Gjennomgang av både dokumentasjon fra journaler, og informasjon fra intervjuer, viser at det skjer mye muntlig samhandling i trepartssamarbeidet. Det kan skape usikkerhet rundt hvem som har dokumentasjonsansvar, og om hva som er besluttet i helsehjelpen.

En annen samhandlingsutfordring i trepartssamarbeidet som informanter har løftet fram er hvordan de skal forstå og praktisere regelverk om taushets- og informasjonsplikt. Helsedirektoratet har utarbeidet en nasjonal veileder om taushets- og opplysningsplikt i helse- og omsorgstjenesten (51), men forståelse og praktisering av reglene kan likevel bli opplevd å være til hinder for nødvendig informasjonsdeling i samhandlingen.

> “Det er krevende å ikke kunne dele informasjon med kriminalomsorgen, og et hinder for god samhandling og god helsehjelp.”
> - Leder i fengselshelsetjenesten

Begrensede kontaktflater mellom innsatte og helsetjenesten

Daniel tok i liten grad initiativ til kontakt med helsetjenesten. Det var kriminalomsorgen som formidlet bekymringer for hans uvanlige atferd, som de mente avvek fra det de vurderte som vanlig fengselsatferd.

Undersøkelsen viser at kontaktflatene mellom innsatte og helsetjenesten i fengsel kan være få og korte. Helsepersonell forteller at de i hovedsak møter innsatte i planlagte konsultasjoner i helseavdelingen i fengselet, og er i mindre grad ute i fengselsmiljøet. Videre beskriver de en hverdag preget av tidspress, mange konsultasjoner og «brannslukking». Akutte behov må prioriteres framfor mer systematisk kartlegging og planmessig oppfølging. Det er lite rom for relasjonsbygging og observasjon i fengselsmiljøet over tid. Det begrenser muligheter for å fange opp endringer i funksjon og sykdomsforverring, særlig hos innsatte som isolerer seg, ikke selv oppsøker fengselshelsetjenesten eller skjuler symptomer.

En utfordring med få kontaktflater er at innsatte oftest må skrive ned behov for kontakt med fengselshelsetjenesten på et papir, eller muntlig kontakte en fengselsbetjent for å be om helsehjelp. Innsatte kan mangle samme tilgang på digitale kommunikasjonsmuligheter som befolkningen ellers via eksempelvis helsenorge.no. Det innebærer at en forespørsel går via kriminalomsorgen før den når helsetjenesten, noe som kan utfordre personvernet for innsatte som ikke ønsker at sensitive opplysninger blir delt. Det kan også føre til forsinkelser og manglende prioritering, særlig ved akutte eller sammensatte helsebehov. Innsatte som ikke mestrer å formidle behov for helsehjelp på denne måten er derfor avhengig av at kriminalomsorgen fanger dem opp.

Helsetjenestene er avhengige av informasjon fra betjenter om det de observerer både i øyeblikket, og over tid, siden det er de som ser de innsatte daglig. I undersøkelsen fant vi at

kriminalomsorgen og helsetjenestene kan forstå uvanlig atferd hos innsatte ulikt. Kriminalomsorgen har et sikkerhetsperspektiv når de vurderer eksempelvis utagerende atferd, mens helsetjenestene kan se samme atferd som et tegn på sykdomsforverring.

Rammene til helsetjenestene er i stor grad påvirket av kriminalomsorgens sikkerhetsregler i høysikkerhetsfengsel, med låste dører og eskortering til og fra behandlingstimer. Dette kan gjøre samtaler med innsatte mindre fortrolige, og innsatte mer tildekkende.

Et annet forhold som kan begrense kontaktmuligheter utover planlagte konsultasjoner, er helsepersonells opplevelse av egen trygghet. Flere informanter fra ulike helsetjenester fortalte at de blant annet på grunn av knapphet på fengselsbetjenter i avdelingene kunne oppleve det som utrygt å gå rundt i fengselsmiljøet. Mye press fra innsatte rundt særlig medisiner og medisinforespørsler, kunne være krevende å håndtere uten opplevelse av nødvendig sikkerhet.

Å identifisere, vurdere og følge opp innsatte med alvorlig psykisk lidelse krever særskilt kompetanse

Daniel hadde flere negative psykosesymptomer, som manglende motivasjon, sosial tilbaketrekking og passivitet.

Undersøkelsen viser at ansatte i fengselshelsetjenestene i varierende grad har særskilt kompetanse på psykisk helse og rus. Flere beskriver at innsatte, som Daniel, kan ha symptomer som er vanskelige å identifisere med mindre det blir gjort systematiske observasjoner over tid. Å identifisere tegn på psykose og forverring krever særskilt kompetanse.

Negative symptomer

Negative symptomer kan innebære tap eller reduksjon av normal psykisk og sosial fungering. De handler om svekkelse i motivasjon, følelsesliv og samspill med andre. Negative symptomer er ofte langvarige, kan vedvare, og har stor betydning for funksjon, egenomsorg og behov for oppfølging (52).

> “Litt fleipete sagt, vi driver til tider en full psykiatrisk avdeling.”
> - Fengselslege

Til tross for at andelen innsatte med alvorlig psykisk lidelse og rusproblematikk er økende, er det ikke krav om at de som jobber i fengselshelsetjenesten skal ha særskilt kompetanse innen psykisk helsevern og/eller rusbehandling. Sykepleier- eller legeutdanning har ingen læringsmål som beskriver hva fengselshelsetjenesten kan innebære av komplekse og sammensatte helseutfordringer. Den norske legeforening har en egen faggruppe for leger som jobber i fengselshelsetjenesten, men det er ingen tilsvarende gruppe for sykepleiere. Kurs i fengselsmedisin er i dag frivillig for leger og sykepleiere.

Fengselshelsetjenesten består i hovedsak av sykepleiere og allmennleger, og undersøkelsen viser at mange fengsler kan ha begrenset tilgang til spesialkompetanse innen psykisk helse.

Helsepersonell i både i fengselshelsetjenesten og i spesialisthelsetjenesten, kan i varierende grad ha spesialkompetanse på fengselspsykiatri, som krever kunnskap om hvordan psykiske symptomer kan arte seg i et lukket miljø. Uten slik kunnskap er det risiko for at subtile tegn på forverring, slik som hos Daniel med passivitet og sosial tilbaketrekking, kan bli oversett.

Fengselspsykiatri

Begrepet fengselspsykiatri brukes om psykiatrisk helsehjelp til innsatte i fengsel og forvaringsanstalter. Tjenestetilbud har som formål å sikre innsatte tilgang til nødvendig og tilpasset psykiatrisk helsehjelp under soning (53).

Spesialisthelsetjenestens veiledningsplikt

Undersøkelsen viser at det varierer i hvilken grad det blir gitt systematisk veiledning fra spesialisthelsetjenesten om hvordan alvorlige psykiske lidelser kan arte seg, bør håndteres eller følges opp.

Informanter beskriver at veiledning kan være svært nyttig. Spesielt når innsatte har symptomer som er vanskelige å tolke eller når fengselshelsetjenesten/kriminalomsorgen er usikre på hvordan bekymringer, eksempelvis knyttet til atferd, skal bli håndtert.

Strukturert veiledning fra spesialisthelsetjenesten kan bidra til mer felles forståelse av symptomer, vurderinger og behov for tiltak. Spesialisthelsetjenesten har derfor en særlig forpliktelse til veiledning for å øke kompetansen hos de som har det daglige ansvar for å følge opp innsatte med alvorlig psykisk lidelse. De kan veilede om aktuelle diagnoser og symptomer på gruppenivå, uten å gå inn på utfordringer om enkelte innsatte.

I samarbeidsavtalen i trepartssamarbeidet står det at spesialisthelsetjenesten skal tilby regelmessig veiledning og rådgivning til fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen. Samtidig ser vi at det i praksis kan være krevende å legge til rette for felles veiledningsmøter mellom tjenestene på grunn av turnus, tidspress og sikkerhetsmessige hensyn. Dersom ansatte i kriminalomsorgen skal ha felles veiledning kan det innebære færre betjenter i fengselsmiljøet, og at innsatte dermed må låses inn. Det kan være en utfordring for både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen å sette av tid og ressurser i en presset hverdag når veiledningen ikke er forpliktende for dem, eller planlagt på forhånd.

Veiledningsoppgaver gir ikke samme inntjening for sykehuset som direkte pasientbehandling og polikliniske timer, men inngår i det ordinære sørgeforansvaret og finansieres innenfor rammer til de regionale helseforetakene (RHF) og helseforetak (HF) (54).

Spesialisthelsetjenesten - lovpålagt veiledningsplikt

Spesialisthelsetjenesten har en lovpålagt veiledningsplikt overfor den kommunale helse- og omsorgstjenesten, der de skal gi veiledning og opplysninger om helsemessige forhold som er nødvendig for at den kommunale helse- og omsorgstjenesten skal kunne løse sine oppgaver etter lov og forskrift (54, 55).

Poliklinisk oppfølging fra spesialisthelsetjenesten av alvorlig psykisk syke innsatte i fengsel

Daniel ga uttrykk for uro og tankekjør, og ønsket å gjenoppta ADHDmedisinering som han hadde fått før fengsling. Fengselslegen henviste ham derfor til spesialisthelsetjenesten for vurdering.

Henvisningen ble avvist når det gjaldt ADHDmedisinering. Samtidig vurderte spesialisthelsetjenesten at Daniel hadde behov for oppfølging på grunn av hans unge alder og alvorlige psykoselidelse. Spesialisthelsetjenesten hadde ambulerende tilbud i fengselet for å gi poliklinisk behandling til innsatte. Daniel ble tilbudt samtaler med psykolog. Han ønsket ikke medisinering for psykoselidelsen.

Daniel møtte opp til fem av syv konsultasjoner. I disse møtene ble det ikke observert tydelige tegn til psykose, og spesialisthelsetjenesten dokumenterte at de ikke kom i posisjon til å vurdere Daniel med tanke på en behandlingsplan. Det er ikke dokumentert om spesialisthelsetjenesten undersøkte hvorfor Daniel ikke møtte opp til de siste konsultasjonene før løslatelse.

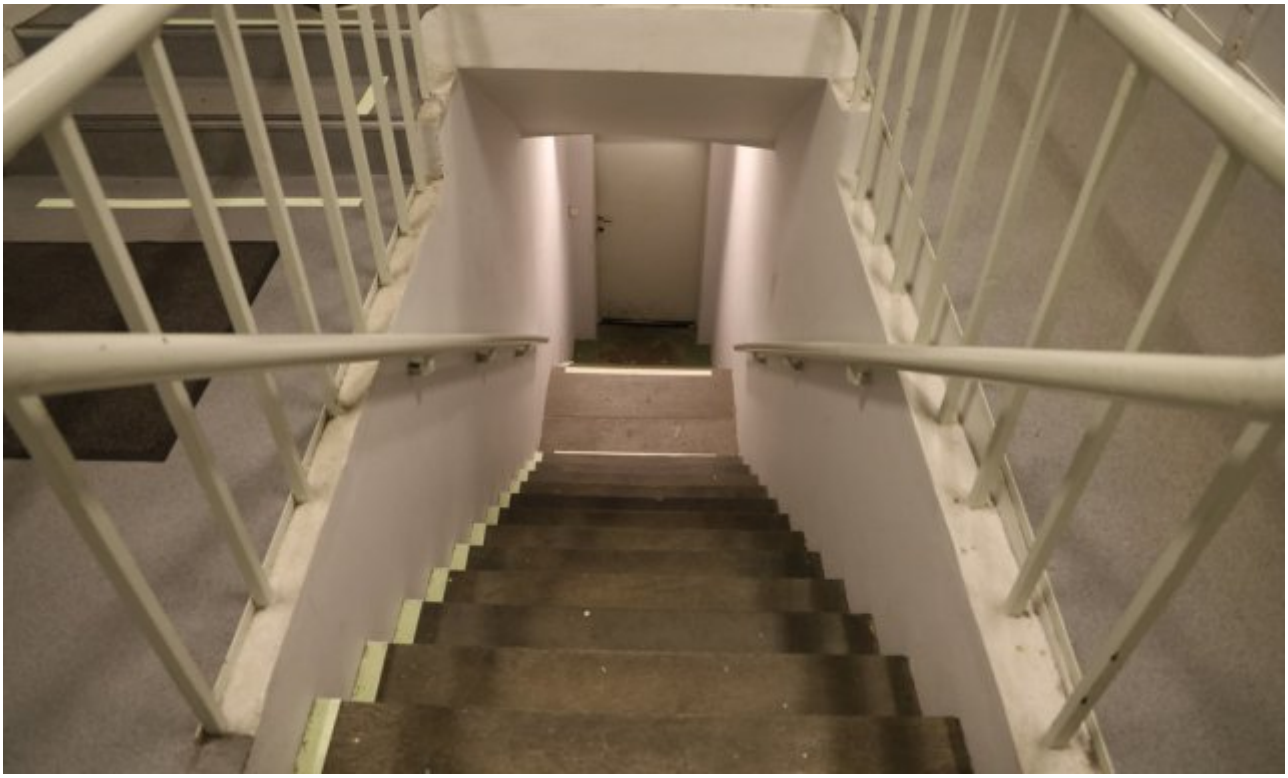
Å fange opp symptomer på psykose krever oftest tettere, mer langvarig og individuelt tilpasset oppfølging, noe polikliniske tilbud i praksis sjelden klarer å ivareta (18). Daniel tilhører en pasientgruppe med psykoselidelse som det var vanskelig å følge opp poliklinisk både utenfor fengsel og under soning. Informanter fortalte at det er mange innsatte med tidligere behandlingshistorikk, som Daniel, i høysikkerhetsfengsler.

Ansatte i både kriminalomsorgen og i fengselshelsetjenesten beskriver at det kan være krevende å få innsatte med alvorlig psykisk lidelse tilstrekkelig vurdert og utredet av spesialisthelsetjenesten. Dersom innsatte blir akuttinnlagt i psykisk helsevern opplever de at oppholdene ofte blir korte, og at utskrivning skjer før tilstrekkelig observasjon og kartlegging er gjennomført. Informantene forteller også at psykisk syke innsatte raskt blir skrevet ut med begrunnelse om at de kan bli fulgt opp av helsetjenesten i fengselet. Dette kan utfordre pasientsikkerheten. Fengsler er ikke en helseinstitusjon med et døgnkontinuerlig behandlingstilbud. På en avdeling i psykisk helsevern vil en pasient med eksempelvis høy selvmordsrisiko kunne bli fulgt tett opp av helsepersonell med spesialkompetanse, døgnkontinuerlig observasjon og rask tilgang på intervensjon. I fengsel er det ikke helsetjenester til stede gjennom store deler av døgnet, og kompetanse på og tilgang til nødvendig spesialisthelsetjeneste kan variere.

> “Det er vanskelig å få innlagt pasienter som ikke har en grunnlidelse, da blir de innsatte returnert til fengsel for der sikres det at de for eksempel ikke skader seg selv.”
> - Fengselslege

Informantene viser til at dette kan bidra til gjentatte og kortvarige innleggelser.

Det som framkommer i vår undersøkelse, samsvarer med Riksrevisjonens beskrivelser av utfordringer knyttet til kapasitet i psykisk helsevern og tilgang til spesialisthelsetjenester for innsatte (18). Psykisk syke innsatte får ikke alltid den helsehjelpen de har behov for.



Trappegang ned til sikkerhetscelle – eksempel fra et norsk fengsel. Foto: Kriminalomsorgen

Innsatte med alvorlig psykisk lidelse som avviser tilbud om helsehjelp

Daniel avviste i perioder helsehjelp fra både fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten, samtidig som kriminalomsorgen observerte og dokumenterte at han hadde stadig mer uvanlig oppførsel, og ble mer utagerende. Det er ikke dokumentert om Daniel forsto konsekvensene av å takke nei til tilbudt helsehjelp.

Undersøkelsen viser at det kan være krevende å følge opp alvorlig psykisk syke innsatte som ikke ber om helsehjelp, eller avviser tilbud helsetjenestene mener er nødvendig. Dette gjelder særlig i tilfeller, som hos Daniel, der den innsatte har begrenset sykdomsinnsikt, samtidig som helsetjenestene har vurdert at vedkommende har samtykkekompetanse.

Spesialisthelsetjenesten vurderte at Daniel hadde behov for en individuell plan, en koordinator, NAV-kontakt og en miljøarbeidertjeneste som kunne ivareta ham etter løslatelsen.

Individuell plan (IP)

Individuell plan (IP) er et rettighetsbasert planverktøy for pasienter og brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester. Planen er frivillig og kan bare utarbeides og brukes med brukerens samtykke. Den skal bidra til et helhetlig og koordinert tjenestetilbud på tvers av tjenester og nivåer. Brukeren avgjør hvilke opplysninger som kan deles mellom tjenesteytere, og i hvilken grad. IP blir utarbeidet i samarbeid med brukeren og beskriver mål, behov, tiltak og ansvar for oppfølging. Planen er både et dokument og en samarbeidsprosess, og skal brukes aktivt og oppdateres over tid. Kommunen har ansvar for å sørge for at IP blir utarbeidet og koordinert, også når spesialisthelsetjenesten er involvert (56-58).

Daniel ønsket ikke en slik plan, og det var vanskelig å motivere ham til å ta imot tilbudet. Informanter forteller at det kan stilles spørsmål ved om Daniel forsto formålet med en individuell plan, eller om han ville vært i stand til å håndtere en slik plan uten hjelp. I tillegg er det manglende tilgang på digitale samhandlingsmuligheter, som vil gjøre det krevende for samhandlende tjenester å oppdatere en individuell plan i sanntid.

> “Helsetjenestene bør styrke arbeidet med motivasjon hos de som takker nei til tilbud.”
> - Avdelingsleder i spesialisthelsetjenesten

Når det ikke er grunnlag for å opprette en individuell plan, mener Ukom at det bør etableres en ansvarsgruppe med forpliktende delansvar i trepartssamarbeidet rundt innsatte med alvorlig psykisk lidelse som avviser helsehjelp. Ansvarsgruppen kan bestå av eksempelvis ansatte i fengselet, helsetjenestene og NAV. Slik kan kriminalomsorgen, fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bedre sikre at innsatte med lav sykdomsinnsikt og begrenset evne til å ta vare på seg selv, får koordinert hjelp og oppfølging både under soning og ved løslatelse. I et nylig publisert rundskriv fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet som handler om samhandling rundt innsatte med alvorlig psykisk lidelse som avviser IP, viser de til behov for ansvarsgrupper. Det er uklart hvilken tjeneste som har ansvar for å initiere og holde i dette. Det er pekt på at kriminalomsorgen bør være involvert i en slik gruppe.

Når alvorlig psykisk syke innsatte med begrenset sykdomsinnsikt avviser helsehjelp, kan det være aktuelt å vurdere om vilkår for bruk av tvang etter psykisk helsevernloven (25) er til stede. Det kan i særskilte tilfeller være nødvendig for helsetjenestene å vurdere bruk av tvang for å sikre at innsatte får helsehjelpen de har krav på. Når helsetjenestene ikke er til stede, kan kriminalomsorgen, ved fengselsleder, begjære den innsatte vurdert av lege dersom det er grunn til å anta at den innsatte trenger tvungent psykisk helsevern (25).

Norges institusjon for menneskerettigheter (NIM) har i høringssvar til NOU 2025:2 *Samfunnsvern og straff* løftet fram behov for en beslutningsstøtteordning i kriminalomsorgen for innsatte med psykiske helseutfordringer og redusert funksjonsnivå (36). NIM viser til at staten etter CRPD (59) har en *«plikt til å innføre systemer for beslutningsstøtte for å bistå mennesker i å utøve sin rettslige handleevne»*.

CRPD - Convention on the Rights of Persons with Disabilities/FNkonvensjonen om rettighetene til personer med nedsatt funksjonsevne.
CRPD er en FNkonvensjon som har som formål å:

- sikre likestilling og like rettigheter for personer med nedsatt funksjonsevne,
- styrke selvbestemmelse, deltakelse og respekt for iboende verdighet,
- forebygge og motvirke diskriminering og forskjellsbehandling, også der denne begrunnes med funksjonsnedsettelse,
- bidra til at funksjonsnedsettelse ikke svekker rettssikkerhet eller tilgang til rettsvern.

Konvensjonen legger til grunn at funksjonsnedsettelse oppstår i samspill mellom individuelle forutsetninger og barrierer i omgivelsene, og at likeverd forutsetter både rettslig beskyttelse og aktiv tilrettelegging (59).

Ukoms arbeid gir støtte til NIMs vurdering av behovet for en beslutningsstøtteordning, særlig når det gjelder alvorlig psykisk syke innsatte med lavt funksjonsnivå og manglende sykdomsinnsikt som er vurdert til å være samtykkekompetente. Bruk av beslutningsstøttende metoder kan bidra til økt brukermedvirkning, og styrke innsattes mulighet til å forstå og ta beslutninger om eget liv.

Om beslutningsstøtte for personer med lavt funksjonsnivå

Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) har utarbeidet en veileder til rammeverk for beslutningsstøtte som kan være et verktøy for å hjelpe personer med lavt funksjonsnivå med å ta informerte valg. Veilederen skal bidra til systematikk i arbeidet, tydeliggjøre beslutningen og synliggjøre alternative valg og konsekvenser så langt det lar seg gjøre. Et grunnleggende poeng er at personens vilje, preferanser og rettigheter blir ivaretatt gjennom hele beslutningsprosessen.

Rehabilitering av alvorlig psykisk syke innsatte forutsetter samtidig stabilisering av sykdom og nødvendig behandling

Innsatte i fengsler har aktivitets- eller arbeidsplikt. Daniel hadde ingen faste aktiviteter under soningen. Hans lave funksjonsnivå og varierende dagsform gjorde det vanskelig for kriminalomsorgen å tilrettelegge for arbeid eller meningsfulle aktiviteter. Daniel tålte innlåsing dårlig, og han hadde vansker med å tilpasse seg en hverdag i fengsel. Han trakk seg bort fra fellesskapet, og satt mye alene på cellen.

> “Daniel ble verre under oppholdet. Han hadde ikke godt av å være her. ”
> - Ansatt i fengsel



Eksempel fra et norsk fengsel. Foto: Kriminalomsorgen

Noen informanter peker på at et fengselsopphold kan gi en mulighet for rehabilitering for enkelte innsatte med alvorlig psykisk lidelse og store levekårsutfordringer.

Det er likevel flere som mente at denne sårbare gruppen blir sykere av straffegjennomføring i høysikkerhetsfengsel grunnet økt kontroll- og sikkerhetsregime, og at soningsforløpene i for liten grad er tilrettelagt. De beskriver at fengselsmiljøet ofte innebærer stress, innlåsing og mangel på sosial kontakt som kan påvirke psykisk helse negativt. Innsatte med alvorlig psykisk lidelse er særlig sårbare. Daniel hadde perioder med uro, tilbaketrekning og atferdsendringer, spesielt på nattestid.

> “Det er jo en gruppe som er mye mer ressurskrevende enn de som ikke er psykisk syke. Tidligere var det kanskje bare en håndfull, og da kunne man jo håndtere det greit. Men nå når det blir så mange så har vi ikke det spillerommet til å bruke så mye tid og ressurser på de.”
> - Ansatt i fengsel

Målet med straff er rehabilitering. Innsatte skal få mulighet til å oppnå reelle endringer og til å etablere et kriminalitetsfritt liv etter soning. Regjeringen skriver i Meld. St. 31 (2024–2025) – *Straff som virker* at *«Målet med straffen er rehabilitering til et verdig og samfunnsnyttig liv.»* (5, 60).

Undersøkelsen viser at rehabiliteringsmuligheter for innsatte med alvorlig psykisk lidelse kan være begrenset. Det henger sammen med den innsattes fungeringsevne og funksjonsnivå, kapasitet i tjenestene, rammebetingelser og fysiske forhold i fengsler. Når alvorlig psykisk syke innsatte ikke får nødvendig medisinsk behandling og stabilisering, kan det medføre et begrenset handlingsrom for kriminalomsorgen i sitt rehabiliteringsarbeid.

NOU 2025:2 beskriver en presset ressurssituasjon i både kriminalomsorgen og helsetjenestene (5). Informanter i denne undersøkelsen forteller at de må prioritere kjerneoppgaver, som sikkerhet og akutt helsehjelp. Dette begrenser muligheten for kontinuitet i behandling og rehabiliterende oppgaver, særlig for innsatte med alvorlige psykiske lidelser. Planmessig oppfølging med tiltak, kan da få mindre oppmerksomhet.

Selvvalgt tilbaketrekking og vedtaksbasert isolasjon

Daniel satt mye alene på cellen og sosial tilbaketrekking var en del av sykdomsbildet hans. Det er ikke dokumentert systematisk hvor omfattende tilbaketrekkingen var, eller om helsetjenestene hadde kjennskap til omfanget. Daniel hadde to kontaktbetjenter som fulgte ham ekstra opp med samtaler, i tillegg til at han var prioritert hos miljøterapeutene fordi han var ung. Det var likevel vanskelig å aktivisere ham, og fengselet manglet tilbud han interesserte seg for, eller mestret.

Selvvalgt tilbaketrekking blant innsatte er en utbredt, men ofte en usynlig form for isolasjon i fengsel fordi slik isolasjon ikke blir registrert særskilt. Innsatte kan trekke seg tilbake fra fellesskapet på eget initiativ, gjerne fordi fengselsmiljøet blir opplevd som truende, overveldende eller lite håndterbart (61).

Om isolasjon

Isolasjon kan skje som følge av kriminalomsorgens eller domstolens vedtak om utelukkelse fra fellesskap, gjennom plassering på sikkerhetscelle eller sikkerhetsseng, eller ved at den innsatte selv avstår fra fellesskap og sosial samhandling (60).

Sivilombudet har publisert flere rapporter om hvordan isolasjon bidrar til sykdomsforverring blant innsatte (61).

Undersøkelsen viser at uten slik systematisk registrering, vil helsetjenestene mangle nødvendig informasjon som kan spille en rolle i helseoppfølgingen. Dette gir økt risiko for at isolasjonsskader hos innsatte kan bli oversett.

Mot slutten av soningen er det dokumentert økt symptomtrykk hos Daniel. Han knuste inventar på cellen og var utagerende mot andre. Kriminalomsorgen fattet flere vedtak om å låse Daniel inn på cellen (§ 37 – utelukkelse helt eller delvis fra fellesskapet (48)). Kort tid før løslatelse ble det også fattet et vedtak om å plassere ham et døgn på sikkerhetscelle fordi han angrep en fengselsbetjent (§38 – bruk av tvangsmidler i fengsel (48)).

Informanter forteller at årsaker til isolasjonsvedtak kan være at innsatte ikke fungerer i fellesskap, har utagerende atferd eller at kriminalomsorgen har vurdert økt risiko for selvmord. Kriminalomsorgen har primært et sikkerhets- og ordenperspektiv og bruker isolasjon for å håndtere situasjoner med vold, trusler eller uro. Når betjenter uten helsefaglig bakgrunn møter innsatte med endret eller uvanlig atferd, kan slike uttrykk bli oppfattet som regelbrudd eller motstand. Det kan innebære risiko for at reaksjoner blir gitt som disiplinære tiltak.

> “Du blir straffa for at du har det vanskelig.”
> - Fengselslege

Fengselshelsetjenesten ble varslet av kriminalomsorgen om isolasjonsvedtakene de fattet på Daniel, og oppsøkte ham både på cellen og på sikkerhetscellen. I undersøkelsen er det flere som har pekt på at det kan mangle prosedyrebeskrivelse for hva helsepersonell spesifikt skal undersøke eller observere hos den innsatte for å fange opp tegn på mulige isolasjonsskader. Flere etterlyser også rutinebeskrivelse for hvordan helsetjenesten og kriminalomsorgen skal samhandle om oppfølging av innsatte som er isolert.

For å bedre pasientsikkerheten for innsatte mener Ukom at det er nødvendig at kriminalomsorgen i større grad også innhenter helsefaglige vurderinger i forkant av isolasjonsvedtak. Uten slike vurderinger kan faren øke for at isolasjon blir brukt i situasjoner der innsatte trenger helsehjelp. Helsepersonell vil også kunne vurdere mulige konsekvenser av innlåsing for den innsattes psykiske helsetilstand, og iverksette eller foreslå nødvendige tiltak for å unngå eller begrense isolasjonsrelatert skade.

Oppmerksomhet på isolasjonsbruk i norske fengsler har ført til endringer i praksis i enkelte fengsler. Erfaringer fra Telemark fengsel, Skien avdeling, viser at målrettet arbeid kan redusere bruken av sikkerhetscelle betydelig. Etter å ha hatt landets høyeste forekomst av bruk av sikkerhetscelle i 2024, førte systematiske tiltak til en markant nedgang. Fengselet lyktes i å redusere isolasjonsvedtak gjennom bruk av mindre inngripende alternativer, forebyggende og

konfliktdempende praksis, og større bevissthet om skadevirkningene av isolasjon. Dette viser at strukturert arbeid kan redusere isolasjon også i krevende miljøer. Endringsarbeidet skjedde etter at Sivilombudet publiserte en rapport der de beskrev situasjonen ved Skien fengsel som alvorlig (62).



Eksempel på en sikkerhetscelle fra et norsk fengsel. Foto: Kriminalomsorgen

Selvskading og selvmordsrisiko

I ukene før løslatelse dokumenterte både kriminalomsorgen og spesialisthelsetjenesten at Daniel hadde tydelige rispemerker på armene. Han ønsket ikke å snakke om det. Under soningen ble Daniel gjentatte ganger spurt om selvmordsplaner, senest to dager før løslatelsen. Han opplyste da at han uansett ikke ville ha delt slike planer dersom han hadde hatt dem.

I undersøkelsen forteller flere informanter at innsatte kan ha det særlig tøft i tider der det ikke er faste aktiviteter, som for eksempel på ettermiddag, kveld, natt og høytider. Dette er også tider der helsetjenester ikke er til stede. Selvmordsrisikobildet kan endre seg raskt.

Selvmord er en hyppig dødsårsak i norske fengsler (2, 19). De fleste varslene Ukom har mottatt fra helsetjenestene i fengsler handler om selvmord, selvmordsforsøk eller alvorlig selvskading. Innsatte med ubehandlede psykiske lidelser har økt risiko for selvmordsforsøk og selvpåført skade. Uttrykk som selvkutting eller annen skadeatferd, kan være tegn på forverring av den psykiske lidelsen (63, 64).

Selvmordsrisiko blir kartlagt av både fengselshelsetjenesten og kriminalomsorgen (64). En slik kartlegging kan ha flere svakheter, og vi finner i undersøkelsen at slik kartlegging ikke alltid blir fulgt opp med konkrete tiltak.

Det er helsetjenesten som skal gjøre de faglige vurderingene rundt selvmordsrisiko (65). Men når fengselshelsetjenesten ikke er til stede gjennom døgnet, kan det være vanskelig med helsemessig oppfølging ved påvist forhøyet selvmordsrisiko, eller ved alvorlig selvskading. Det er kriminalomsorgen som da må vurdere når det er behov for helsehjelp. Kriminalomsorgen har i akutte situasjoner få andre virkemidler enn å isolere innsatte med selvmordsrisiko på

sikkerhetscelle som et forebyggende tiltak. I undersøkelsen uttrykker informanter bekymring for at innsatte som har selvmordstanker ikke våger å fortelle om det til betjenter av frykt for å bli plassert på sikkerhetscelle.

Fysisk miljø

Det fysiske miljøet i fengslene har betydning for både behandling og rehabilitering. Innlåsing gjennom store deler av døgnet, få sosiale møteplasser og begrenset tilgang til aktiviteter kan forsterke psykiske plager.

Informanter beskriver store variasjoner i hvordan det fysiske miljøet i forskjellige høysikkerhetsfengsler egner seg for rehabilitering og oppfølging av innsatte. Det kan være begrensede muligheter for private samtaler, fleksible aktivitetsrom eller områder der innsatte kan ha sosial kontakt under trygge rammer.

I undersøkelsen så vi eksempler på eldre og nyere høysikkerhetsfengsler. Noen er slitte og svært institusjonspreget. Vi så også eksempler på nyere bygningsmasse med store avdelinger, der kriminalomsorgen ivaretar sikkerheten for innsatte, men med færre ansatte til stede.

Utforming kan også påvirke det stedlige samarbeidet mellom helsetjenestene og kriminalomsorgen, og trygghetsfølelsen hos helsepersonell.

Noen steder var fengselshelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten plassert på ulike lokasjoner i fengslet. Det gjør det utfordrende med tverrsektoriell samhandling.

På grunn av innlåsingsregime i høysikkerhetsfengsel er helsepersonell avhengige av at kriminalomsorgen følger den innsatte til og fra konsultasjoner. Informanter forteller om situasjoner der de måtte vente på at kriminalomsorgen hadde ledig kapasitet til å følge og hente, og at det kunne føre til mye venting. Noen opplevde også å bli informert om at innsatte hadde hatt utageringer kort tid før behandlingstime, og at det dermed kunne oppleves som utrygt å være alene med dem i et lukket rom. Helsepersonell sier også at de kunne være redde for egen sikkerhet, selv om de hadde alarm. I tillegg var ikke alltid konsultasjonsrommene utformet på en måte som ivaretok sikkerheten deres på en tilfredsstillende måte.



Eksempelbilde fra et norsk fengsel. Foto: Kriminalomsorgen

Kontakt med pårørende

Det var ikke dokumentert noe samhandling med Daniels pårørende mens han sonte i fengsel. Mange innsatte, som Daniel, kan ha lite kontakt med, eller ønsker ikke kontakt med sine pårørende mens de soner.

Pårørende og familie kan være viktige aktører i rehabiliteringsarbeidet. Ut fra et rehabiliteringsperspektiv er det ofte ønskelig at innsatte kan opprettholde en relasjon, og de pårørende kan også ha behov for samarbeid.

Regjeringens handlingsplan for pårørende (2021) innleder med (66) at «…*de pårørende skal oppleve å bli sett og hørt, og anerkjennes som en ressurs*». Samarbeid med pårørende er også viktig i helsetjenestene. Dette er også omtalt i NOU 2025:2. I Helsetilsynets høringssvar til utredningen beskriver de manglende samhandling, at pårørendes bekymringer ikke blir godt nok håndtert, og at forståelsen av taushetsplikt kan hindre både innsikt i innsattes behov for helsehjelp og mulighet til å gi god helsehjelp (67).

For å ivareta innsattes menneskerettigheter (37) knyttet til medmenneskelig kontakt, må kriminalomsorgen og helsetjenestene følge spesielt opp innsatte som ikke har kontakt med familie, venner eller andre utenfra.

Involvering av frivillige aktører kan bidra til å redusere ensomhet og isolasjon blant innsatte. Aktørene kan ha samtaletilbud og være sosial støtte, tilby aktiviteter og ettervern. De kan være et viktig supplement til kriminalomsorgens og kommunens tjenester. Tilbudet kan imidlertid variere mellom fengsler og regioner.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

Postboks 225 Skøyen
0213 Oslo
E-post: post@ukom.no
Org nr: 921018924