Pasientsikkerhet for innsatte med alvorlig psykisk lidelse – økt kompleksitet og et sammensatt risikobilde



Ukom



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

Pasientsikkerhet for innsatte med alvorlig psykisk lidelse – økt kompleksitet og et sammensatt risikobilde

Publisert 26. mai 2026 Sist oppdatert 26. mai 2026

ISBN 978-82-8465-045-6

Som historien om Daniel viser, var det ingen som hadde et hovedansvar for en sammenhengende, koordinert helsehjelp og oppfølging mens han sonte.

Når ansvar og oppgaver er fordelt på flere forvaltningsnivåer, og disse styres av ulike regelverk, mål, finansieringsordninger og styringslinjer kan det bli krevende å sikre helhetlig helsehjelp i fengsel. Dette kan føre til økt risiko for fragmentert eller mangelfull oppfølging, og svekker pasientsikkerheten.

Helse- og omsorgsdepartementet og Justis- og beredskapsdepartementet publiserte i januar 2026 et rundskriv om samarbeid mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene (73). Dette erstattet det forrige fra 2006, som handlet om innsatte og domfelte med rusmiddelavhengighet (74). I det nye rundskrivet er også psykiske lidelser og plager tatt med, og rundskrivet er utvidet fra fem til sytten sider. Innholdet beskriver kompleksiteten i det tverrsektorielle samarbeidet. Rundskrivet er nytt, og tjenestene har ikke gjort seg erfaringer med hvordan de skal følge dette opp.

Endret utfordringsbilde påvirker pasientsikkerheten

Informanter fra både kriminalomsorgen og helsetjenestene forteller at det er mange alvorlig psykisk syke innsatte med tilsvarende funksjonsnivå som Daniel i fengslene.

Vi har tidligere vist til at andelen innsatte med alvorlige psykiske lidelser og behov for mer spesialisert helsehjelp har økt. Samtidig er døgnkapasiteten i psykisk helsevern redusert over tid.

Det er knapphet på alternativer til soning for denne gruppen. Det kan også være begrenset kapasitet i kompetanse om psykisk helse i fengsel, både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten.

Parallelt har kriminalomsorgen over tid vært preget av nedbemanning, høy turnover blant nyutdannede og bruk av ufaglærte vikarer i ledige stillinger. Selv om kriminalomsorgen ikke har ansvar for å yte helsehjelp, har de i praksis en sentral rolle i å identifisere behov for helsehjelp hos alvorlig psykisk syke innsatte. I fengsler der fengselshelsetjenesten kun er tilgjengelig på dagtid på hverdager, utgjør det stedlige helsetilbudet om lag 20 prosent av ukens totale timer. Det innebærer at kriminalomsorgen i praksis har ansvar for å vurdere behov for helsehjelp hos alvorlig psykisk syke innsatte i de resterende 80 prosentene av tiden.

Legevakten skal dekke behov for helsetjenester til innsatte når fengselshelsetjenesten ikke er til stede (75). Informanter forteller at legevakten kan ha begrenset kjennskap til hvordan innsatte har vært fulgt opp i fengselshelsetjenesten, og til eventuelt påbegynt behandling. Dette kan utfordre kontinuitet og kvalitet på helsehjelpen som blir gitt.

Når oppfølgingen av innsatte med alvorlig psykisk lidelse i stor grad blir ivaretatt av kriminalomsorgen, kan det innebære at forverring ikke alltid blir identifisert, eller at økt symptomtrykk blir håndtert innenfor et sikkerhets- og kontrollregime fremfor et behandlings- og pasientsikkerhetsperspektiv.



Foto: Shutterstock

Begrenset styringsinformasjon og fragmentert risiko- og sårbarhetsbilde

Undersøkelsen viser at øverste ledere med ansvar for beslutninger om innhold, kapasitet og kvalitet i helsetjenester ofte sitter organisatorisk langt unna helsetjenestene i fengsel. De kjenner ikke alltid godt nok til hvordan tjenestene fungerer i hverdagen.

> “Det er en liten tjeneste i det samla tilbudet. Jeg kjenner ikke til indikatorer som fengselshelsetjenesten blir målt på, og har ikke vært involvert i samarbeidsavtaler”
> - Klinikksjef

Ledere i virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester er pålagt å sikre at det er systemer for planlegging og styring av aktiviteter (76). Dette inkluderer oversikt over risikoområder, etterlevelse av myndighetskrav og hvor det er behov for kvalitets- og pasientsikkerhetsforbedring.

Informanter forteller at de ikke kjenner til nasjonale kvalitetsindikatorer som helsetjenester i fengsel spesifikt blir målt på, noe som gjør styring og sammenligning mellom tjenestene vanskelig. Indikatorer kan bidra til bedre styringsinformasjon og kontroll, større åpenhet om tjenestekvalitet, vise variasjon og gi økt tillit til at tjenester blir fulgt opp systematisk.

Informanter trekker fram at aktuelle kvalitetsindikatorer kan være registrering av avvik i forbindelse med medisinutdeling, bemanning i helsetjenestene, kompetanse hos helsepersonell og avlyste framstillinger til helsekonsultasjoner grunnet bemanningsutfordringer i kriminalomsorgen. Andre indikatorer som informanter har løftet fram er tilsyn fra fengselshelsetjenesten ved isolasjon, og helsetiltak ved selvvalgt tilbaketrekking og vedtaksbasert isolasjon og tilbud om individuell plan.

Den siste oversikten som sier noe om blant annet bemanning, internkontroll, kompetanse, opplæring og bruk av individuell plan til sårbare innsatte i den kommunale fengselshelsetjenesten finner vi i Helsedirektoratets årsrapport fra 2021 (77). I rapporten svarer kommunene at den økte andelen innsatte med alvorlig psykisk lidelse er krevende å håndtere, og at de mangler nødvendig kompetanse og kapasitet. Rapporten har lite informasjon om utfordringer knyttet til spesialisthelsetjenester.

I trepartssamarbeidet mellom kriminalomsorgen, kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten bør risikostyringen derfor være mer samordnet, med særlig vekt på grenseflater i samhandlingen. Undersøkelsen viser at overganger mellom tjenester, nivåer eller faser som innsettelse, behandling og løslatelse, er typiske høyrisikopunkter. Når flere har delansvar, kan det være fare for at ingen har tilstrekkelig oversikt eller tar ansvar for helheten i helsehjelpen til innsatte med langvarige og sammensatte behov.

Når lederne har begrenset styringsinformasjon og begrenset risiko- og sårbarhetsbilde vil det være krevende å styrke målrettet innsats mot de største og mest kritiske sårbarhetene i tjenestene.

Kvalitetsforbedring og læring etter uønskede hendelser

Undersøkelsen viser at det ikke alltid er samarbeid om felles avviks- og forbedringsarbeid, for eksempel felles gjennomgang etter alvorlige, uønskede hendelser.

Hendelsen vi har undersøkt ble varslet av spesialisthelsetjenesten, som også gjennomførte en egen hendelsesgjennomgang. Foreldrene ble informert, og fikk tilbud om oppfølging. Kriminalomsorgen og fengselshelsetjenesten var ikke involvert i dette arbeidet.

Læring etter alvorlige hendelser er viktig i kvalitetsforbedringsarbeid (78). Det kan bidra til å identifisere medvirkende årsaker til at den alvorlige hendelsen kunne skje, og til å avdekke områder med forhøyet pasientsikkerhetsrisiko (79). En felles hendelsesgjennomgang vil kunne bidra til å synliggjøre sårbarheter rundt samhandlingsoppgaver om innsatte med omfattende hjelpebehov, som ikke nødvendigvis ville blitt fanget opp dersom hendelsesgjennomgang blir gjort separat. Slik kan læring etter alvorlige hendelser bidra til bedre risikohåndteringsgrunnlag og økt kvalitet i pasientbehandlingen. Det å etablere felles situasjonsforståelse for hva som skal rapporteres, registreres og eventuelt deles når det gjelder uønskede hendelser som skjer i trepartssamarbeidet kan gi viktig oversikt og styringsinformasjon for å styrke forbedrings- og pasientsikkerhetsarbeid rundt innsatte. Nødvendig informasjonsflyt om innsattes atferd, fungering og endringer over tid krever en omforent forståelse mellom kriminalomsorgen og helsetjenestene av både hva som skal bli observert, og hva som bør utløse en bekymringsmelding mellom tjenestene.

Det nye rundskrivet om trepartssamarbeid fra Justis- og beredskapsdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet omtaler ikke gjennomgang av alvorlige hendelser som en særskilt samhandlingsoppgave.

Om kontroll med kriminalomsorgen og helsetjenester i fengsel

Tilsynsrådet for kriminalomsorgen gjør både ordinære tilsyn i fengsel, og tilsyn etter alvorlige hendelser, eksempelvis der innsatte har begått selvmord. Tilsynsrådet ser utelukkende på kriminalomsorgens ansvarsområder, men samhandling med helsetjenestene omtales og rapportene kan dermed gi grunnlag for læring også til ledere og ansatte i helsetjenester i fengsel. Tilsynsrapportene ligger tilgjengelig på Tilsynsrådets nettside (80). Ansvar for kontroll og tilsyn med helsetjenestene i fengsel ligger til Statens helsetilsyn og statsforvalterembetene. Siste landsomfattende tilsyn med fengselshelsetjenester er fra 2001 (81).

I tillegg publiserer Sivilombudet rapporter og temarapporter basert på besøk i fengsel. De har også sendt særskilte meldinger til Stortinget om forhold i fengsel som er kritikkverdige. Alle rapportene er tilgjengelige på Sivilombudets nettsider (82, 83)



Foto: Shutterstock

Variasjon i tilgang på helsetjenester for innsatte

Undersøkelsen viser at det er variasjoner innen organisering og helsetilbud til innsatte i fengsel, og at alvorlig psykisk syke innsatte ikke alltid har lik tilgang til helsetjenester.

Helsetjenestene blir organisert ulikt av både vertskommuner og spesialisthelsetjenestene, blant annet basert på lokal kapasitet, økonomi og geografiske forhold. Undersøkelsen viser at variasjoner gjelder blant annet bemanning, kompetanse, tilgjengelighet og samarbeidsrutiner. Det er begrenset nasjonal normering for hva helsetjenestetilbudet i høysikkerhetsfengsel bør inneholde, utover krav i eksempelvis lovverk, nasjonale veiledere og rundskriv.

Ulik organisering og de særegne rammevilkårene for helsetjenester i høysikkerhetsfengsel kan utfordre innsattes rett til likeverdige tjenester. Likeverd innebærer ikke identiske tjenester, men helsehjelp av samme kvalitet, basert på samme faglige standard og tilpasset den enkeltes behov.

Tjenestenes organisering og styringslinjer

Kommunen der fengselet er lokalisert har ansvar for å gi innsatte et nødvendig og likeverdig helsetilbud som resten av befolkningen, jf. lov om kommunale helse- og omsorgstjenester § 3-9 (47). Innsatte i fengsler er særskilt omtalt. Det er opp til hver enkelt kommune hvordan de velger å organisere helsetilbudet til innsatte. I den nye prioriteringsveilederen for kommunale helse- og omsorgstjenester er ikke helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel nevnt. Kommunene skal bruke kriterier som nytte, ressurser og alvorlighet for å dimensjonere tilbudet, uten spesifikke føringer om innsatte (84). Kommunene har ikke samme direkte linjestyring om helsetjenester fra Helse- og omsorgsdepartementet, slik spesialisthelsetjenesten har. Styringsbudskap utover lovkrav gis i praksis eksempelvis via rundskriv og kommentarer, nasjonale veiledere fra Helsedirektoratet og budsjettbevilgninger.

De regionale helseforetakene (RHF) har ansvar for et likeverdig tilbud om spesialisthelsetjenester i hele landet, som er tilgjengelig og tilpasset pasientens behov (54). Tjenester til innsatte er ikke nevnt i den nasjonale prioriteringsveilederen for psykisk helsevern (85). I tillegg til lovkrav får spesialisthelsetjenesten også direkte styringsoppdrag fra Helse- og omsorgsdepartementet gjennom årlige oppdragsdokumenter. Eksempelvis fikk alle de regionale helseforetakene i oppdrag i 2026 å «etablere faste samarbeidsstrukturer mellom helseforetakene og kriminalomsorgen på lokalt nivå, der dette ikke finnes i dag» (86). RHF-ene reviderer nå sin plan for spesialisthelsetjenester til innsatte, som skal ferdigstilles våren 2026 (87). Vertskommuner og kriminalomsorgen er ikke involvert i dette arbeidet.

Kriminalomsorgen har ansvar for at soningen blir gjennomført på en måte som ivaretar den innsattes rett til helsehjelp. De har en samarbeidsplikt med den kommunale helse- og omsorgstjenesten og spesialisthelsetjenesten, og skal legge til rette for at den innsatte får dekt sine behov (48). Kriminalomsorgen har direkte linjestyring fra Justis- og beredskapsdepartementet, via Kriminalomsorgsdirektoratet til regionalt og lokalt fengselsnivå.

Høysikkerhetsfengsler varierer i størrelse og avstand til helsetjenestene. Det er også variasjoner i rehabiliteringsprogram, og muligheter for å aktivisere alvorlig psykisk syke innsatte med omfattende hjelpebehov. Helsetjenester i fengsel kan variere mellom stedlig tilbud alle ukedager, noen fengsler har dette også på kveldstid, til ukentlig eller sjeldnere. Informanter forteller at det særlig kan være utfordrende med tilstrekkelig tilgang på kommunale fengselsleger og spesialistkompetanse, som psykiatere.

Ulik organisering som utfordrer samhandling og informasjonsflyt, kan også innebære lokale forhold, som at leger og sykepleiere er organisert i ulike avdelinger med forskjellige ledere og ulike journalsystemer. Informanter forteller at det kan gjøre felles arbeid rundt oppfølging av sårbare innsatte mer krevende. Det kan også utfordre prosesser knyttet til kvalitetsforbedring og rutiner i fengselshelsetjenesten. Sykepleiere jobber vanligvis fulltid i fengsel, mens leger ofte er fastleger i deltidsstillinger. Det finnes få nasjonale prosedyrer og rutinebeskrivelser om arbeid i fengsel, og opplæring kan være tilfeldig.

Undersøkelsen viser at rammevilkår for å yte helsetjenester etter importmodellen skjer innenfor en kontekst preget av sikkerhetshensyn, innlåsing og bemanningsutfordringer i kriminalomsorgen. Å yte helsetjenester i fengsel skjer ikke under samme forhold og vilkår som ellers i helsetjenesten. Dette kan påvirke hvordan retten til nødvendig helsehjelp og tilgang på likeverdige helsetjenester til innsatte med alvorlig psykisk lidelse blir ivaretatt under soning.

Undersøkelsen viser at det er behov for økt nasjonal oppmerksomhet rundt pasientsikkerhet for innsatte i høysikkerhetsfengsel med alvorlig psykisk lidelse. Risiko for alvorlige hendelser er systemisk og sektorovergripende. Tverrsektorielle gjennomganger med fokus på grenseflater i samhandlingen kan bidra til å styrke grunnlaget for kvalitetsforbedring.

Statens undersøkelseskommisjon
for helse-og omsorgstjenesten

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