

Under publisering i:  
*Menneskerettigheter i helse- og omsorgstjenesten*  
Universitetsforlaget 2022  
Red. Henriette Sinding Aasen og Marianne Klungland Bahus

## Kapittel 7 Helseautonomi innenfor murene? Om retten til helse for innsatte i norske fengsler

Ingunn Ikdahl<sup>1</sup>

### 1. Introduksjon

Innsatte i norske fengsler har statistisk sett større helseproblemer enn befolkningen som helhet, både fysisk og psykisk.<sup>2</sup> I tillegg har de større andel av andre sosiale problemer som kan ha betydning for helse i vid forstand, som økonomi, utdanning og bolig.<sup>3</sup> Å dekke deres rett til helsetjenester kan være krevende – men tiden som innsatt kan også være en periode der systematisk innsats med helsetjenester over tid kan være mulig, og gi positive resultater for den enkelte.

Samtidig kan livet i fengsel i seg selv være helseskadelig. I Norge har juridiske diskusjoner knyttet til helse i fengsel i stor grad handlet om isolasjon og skadevirkninger av dette på de innsattes mentale helse, både i varetekt og under soning.<sup>4</sup> Dette feltet reiser åpenbart sentrale menneskerettslige spørsmål knyttet særlig til forbudet mot tortur og nedverdiggende behandling. Norge har fått hard kritikk både av FNs torturkomité,<sup>5</sup> FNs

---

<sup>1</sup> Professor, Institutt for offentlig rett, Juridisk fakultet, UiO. Kapittelet ble skrevet med finansiering fra Norges forskningsråd, som del av prosjektet *Prisoner health in healthy prisons: Punishment, marginalization, and access to welfare (PRISONHEALTH)* [prosjektnummer 300995].

<sup>2</sup> Mathias Killengreen Revold (2015), *Innsattes levekår 2014. Før, under og etter soning*, SSB Rapporter 2015/47. Se også Helsedirektoratet, *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel. Årsrapport 2018*, tilgjengelig fra <https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/helse-og-omsorgstjenester-til-innsatte-i-fengsel-arsrapporter> (lest 10. september 2021) og Kriminalomsorgen og Helsedirektoratet (2016), *Oppfølging av innsatte med psykiske lidelser og/ eller rusmiddelproblemer*, tilgjengelig fra <https://www.kriminalomsorgen.no/ellerrusmiddelproblemer.5914097-237613.html> (lest 10. september 2021).

<sup>3</sup> Se for eksempel St.mld. nr. 37, 2007–2008, *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn – (kriminalomsorgsmelding)*, punkt 7.1, og Revold (2015).

<sup>4</sup> Se f.eks. Merete Havre, *Varetektsfengsling og proporsjonalitetsprinsippet – en balansetest*, Cappelen Damm 2015; Thomas Horn, «Fullstendig isolasjon ved risiko for bevisforspillelse. Rettspolitiske vurderinger», ph.d.-avhandling ved Det juridiske fakultet, UiO, 2015. For retts sosiologiske og kriminologiske analyser, se Marte Rua, *Hva gjør fengselslegene? En institusjonell etnografi om isolasjon og helse*, Bokserien nr. 1/2012, Institutt for kriminologi og retts sosiologi, UiO; Marte Rua og Peter Scharff Smith (red.), *Isolasjon. Et fengsel i fengselet*, Cappelen Damm 2019.

<sup>5</sup> FNs torturkomité (2018): *Concluding observations on the eighth periodic report of Norway*, CAT/C/NOR/CO/8, avsnitt 13–20.

menneskerettighetskomité<sup>6</sup> og Europarådets torturkomité.<sup>7</sup> Denne kritikken har blant annet blitt fulgt opp av Sivilombudsmannens forebyggingsenhet i en særskilt melding til Stortinget.<sup>8</sup> Menneskerettslige spørsmål knyttet til rettslig og faktisk isolasjon i fengsel fikk ny aktualitet som følge av karantenereregler og stopp i besøk og aktiviteter for å hindre spredning av covid-19.<sup>9</sup>

Dette bidraget tar sikte på å utfylle den eksisterende litteraturen om fangers helse ved et blikk på gjennomføringen av fangers rettigheter – som også går utover spørsmålene knyttet til isolasjon. Retten til helse favner bredt. Den etablerer et overordnet ansvar for staten til ikke bare å unngå at statens inngrep forverrer den enkeltes helse, men også å ta aktive grep for å sørge for tilgang til helsehjelp og andre forhold av betydning for menneskers helse. Retten følger blant annet av FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12 og er blitt utviklet av komiteen som overvåker denne konvensjonen (heretter *ØSK-komiteen*) i General Comment 14.<sup>10</sup> For den enkelte innsatte handler retten til helse både om grenser for tvangsbruk og om praktiske og hverdagslige spørsmål knyttet til både fysisk og psykisk helse. Det handler om å få helsehjelp ved akutt sykdom og skade, om å fortsatt kunne ta de medisinene man pleier å ta, om kontinuitet i kontakt med fastlege og spesialister, om håndtering av rusmisbruk, om psykiske lidelser og tannhelse – og om kvalitet, medvirkning, selvbestemmelse og personvern i alle disse spørsmålene.

Dilemmaene står imidlertid i kø når helserettigheter og -tjenester skal gjennomføres i en fengselskontekst. Både prinsipielle og praktiske forhold ved fengslene skaper utfordringer. Selve frihetsberøvelsen ligger i fengselets vesen, også når frihet ville være det beste for den enkelte fanges helse. Hensyn til samfunnssikkerhet, så vel som sikkerhet for helsepersonell, ansatte og andre innsatte i fengselet, ligger innbakt i straffegjennomføringslovens regelverk. I tillegg skaper begrensede ressurser knyttet til bemanning, tid og lokaler behov for prioriteringer og praktisk håndterbare løsninger, og rollefordelingen mellom kriminalomsorgen og helsetjenesten reiser spørsmål som ikke oppstår for andre

---

<sup>6</sup> FNs menneskerettighetskomité (2018): Concluding observations on the seventh periodic report of Norway, CCPR/C/NOR/CO/7, avsnitt 24–27.

<sup>7</sup> Den europeiske torturforebyggingskomité (2019): *Report to the Norwegian Government on the visit to Norway carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 28 May to 5 June 2018*, CPT/Inf (2019) 1

<sup>8</sup> Dokument 4:3 (2018/19), *Særskilt melding til Stortinget om isolasjon og mangel på menneskelig kontakt i norske fengsler*. (Fra 1. juli 2021 er endret Sivilombudsmannens navn til Sivilombudet. Dette kapittelet bruker gamle navnet brukes likevel der det er dette som står i dokumentene det vises til.)

Også Norges nasjonale institusjon for menneskerettigheter har arbeidet med disse spørsmålene, se f.eks. NIM (2018), *Supplementary information from the Norwegian National Human Rights Institution to the UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights at its 63rd session on the List of Issues Prior to Reporting to Norway*, brev datert 03/09/2018, punkt 7. Tilgjengelig fra [https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2018/09/NIM-to-ESCR-LOIPR\\_final.pdf](https://www.nhri.no/wp-content/uploads/2018/09/NIM-to-ESCR-LOIPR_final.pdf) (lest 9. september 2021).

<sup>9</sup> Se f.eks. Sivilombudsmannens forebyggingsenhet (2020), *Protecting prison inmates during the COVID-19 pandemic*, Rapport datert juni 2020. Tilgjengelig fra <https://www.sivilombudsmannen.no/wp-content/uploads/2020/08/Protecting-prisons-inmates-during-Covid-19.pdf> (lest 10. sept. 2021); NOU 2021: 6 *Myndighetenes håndtering av koronapandemien — Rapport fra Koronakommisjonen* punkt 31.8; Ikdahl (under publisering).

<sup>10</sup> ØSK-komiteen (2000), *CESCR General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12)*, vedtatt 11. august 2000, E/C.12/2000/4.

persongrupper. Disse forholdene gjør at fangers helserettigheter i praksis skiller seg fra personer utenfor fengslene.

Som et bidrag til forståelsen av dilemmaer, muligheter og begrensninger ved realiseringen av retten til helse i fengsler foreslår jeg begrepet «helseautonomi» som et samlebegrep for den enkeltes mulighet til egne valg og handlinger som påvirker egen helse. Helseautonomi er en – ofte uuttalt – forutsetning for realisering av retten til helse generelt, og for å ha glede av helsetjenester og pasientrettigheter. Frihetsberøvelsen innebærer at staten gjør inngrep i dette. Hvilke problemstillinger skaper dette, rettslig og i praksis, og hvordan kan det legges til rette for helseautonomi innenfor murene?

En analyse av gjennomføringen av retten til helse for innsatte i fengsler må kombinere helselovgivning, straffegjennomføringslovgivning og menneskerettigheter. Dette kapitlet nærmer seg disse skjæringsfeltene i to trinn: først om hvordan frihetsberøvelsen i sin natur påvirker de innsattes mulighet til gjøre valg og handlinger for egen helse, «helseautonomi». Så om de særlige spørsmål knyttet til autonomi og sikring av rettigheter som oppstår når det besluttes *ytterligere* tvungne tiltak mot personer i fengsel – «tvang innenfor tvangen».

Kapitlets punkt 2 gir en kort introduksjon til internasjonale dokumenter om fangers rett til helsetjenester, før punkt 3 beskriver hovedprinsippene i det nasjonale rammeverket for helsetjenester i norske fengsler. Fengselstilværelsens generelle betydning for de innsattes helseautonomi diskuteres i punkt 4, med et knippe eksempler på konkrete problemstillinger. I punkt 5 diskuteres ytterligere tvangstiltak, med særlig vekt på beltelegging – som et svært inngripende og autonomibegrensende tiltak som dels er begrunnet i hensynet til den enkeltes helse, dels kan være helseskadelig i seg selv. Punkt 6 gir noen oppsummerende betraktninger.

## 2. Internasjonale normer som beskriver innsattes helserettigheter

Retten til helse er en kompleks rettighet å realisere, som krever at mange faktorer spiller sammen. Den setter grenser for statens inngrep – men er altså ikke *bare* en «negativ rett» der det er tilstrekkelig at staten avholder seg fra å gripe inn.<sup>11</sup>

Et naturlig utgangspunkt for å diskutere fangers rett til helse og statens korresponderende plikter til å realisere denne er den generelle bestemmelsen om rett til helse i FNs konvensjon om økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter artikkel 12.<sup>12</sup>

Dersom retten til helse skal realiseres, må staten sørge for at det faktisk finnes *helsetjenester*. ØSK-komiteen har utviklet fire kriterier som grunnlag for å vurdere

---

<sup>11</sup> ØSK-komiteen har fremhevet at staten har plikter både til å respektere, beskytte og oppfylle retten til helse, se ØSK-komiteen (2000) para. 33. Tredelingen 'respect, protect, fulfill' er en klassisk modell i tenkningen om oppfyllelse av økonomiske og sosiale menneskerettigheter.

<sup>12</sup> Et sentralt utgangspunktet for den videre fremstillingen er ØSK-komiteens uttalelser om hvordan denne bestemmelsen skal forstås, ØSK-komiteen (2000). Se også bokens innledning for en nærmere presentasjon av forholdet mellom ØSK og nasjonal rett.

helsetjenester, ofte omtalt som AAAQ-kriteriene.<sup>13</sup> *Availability* handler om at helsetjenester må finnes i tilstrekkelig omfang, mens *accessibility* handler om personers praktiske og økonomiske muligheter til å få tilgang til disse. Tilgjengeligheten skal ikke være diskriminerende, og her skal man særlig vurdere sårbare og marginaliserte gruppers stilling. *Acceptability* peker på at helsetjenestene både skal være etisk og kulturelt akseptable, oppmerksomme på kjønn og endring gjennom livsløp, og respektere konfidensialitet. *Quality* viser til en medisinsk og vitenskapelig vurdering av behandling, personell, medisiner og utstyr.

For det andre, fremhever komiteen, handler retten til helse imidlertid ikke kun om helsetjenester. Helse er også knyttet til *underliggende forutsetninger* («the underlying determinants of health»), som mat, rent drikkevann og sanitæranlegg, sunne omgivelser og tilgang til helseinformasjon.<sup>14</sup> Dette er viktig for helsetilstanden for alle. Samtidig kan den enkeltes kroppslige forutsetninger bety at de konkrete behovene er ulike, og diskrimineringsvernet innebærer at dette må tas hensyn til.<sup>15</sup> Også slike 'helse-determinanter' skal oppfylle AAAQ-kriteriene til eksistens, tilgjengelighet, akseptabilitet og kvalitet.

Et tredje aspekt av menneskerettigheten til helse er *den enkeltes frihet og autonomi*, for eksempel den enkeltes kontroll over egen helse og kropp, og frihet fra inngrep.<sup>16</sup> Slik autonomi handler dels om at den enkelte må være i stand til å gjøre nytte av helsehjelp som er tilgjengelig: å forstå når og hvordan man kan oppsøke hjelp, og hva man har krav på, å bestille time, å rent faktisk oppsøke helsetjenesten, å kjøpe medisiner og bruke dem riktig, å følge opp behandling etc. Den enkeltes rolle er heller ikke begrenset til å oppsøke helsetjenester dersom helseproblemer har oppstått. I praksis er også forebyggende og vedlikeholdende sider av retten til helse viktige: å ha et noenlunde sunt kosthold og være i fysisk aktivitet – og for den mentale helsen også å ha meningsfull sosial omgang med andre mennesker. Staten skal ikke hindre den enkeltes muligheter til å ivareta egen helse.<sup>17</sup>

ØSK-komiteen samler disse tre momentene når den omtaler ulike grupper. Plikter overfor innsatte og varetektsfengslede nevnes eksplisitt. I avsnitt 34 fremheves statens plikt til å unngå å stille noen grupper dårligere enn andre i tilgangen til helsetjenester – enten det er forebyggende, helbredende eller lindrende tjenester:

---

<sup>13</sup> ØSK-komiteen (2000), avsnitt 12.

<sup>14</sup> ØSK-komiteen (2000), avsnitt 11.

<sup>15</sup> Begrepet «reasonable accommodation» brukes gjerne for å få frem at når personer har ulike behov, kreves det mer enn formell likhet eller likebehandling – samtidig som krav om f.eks. individuell tilrettelegging er begrenset til det som er rimelig eller ikke uforholdsmessig krevende. Se sitat fra FNs menneskerettighetskomité like nedenfor. For mer om tilretteleggingskrav, se f.eks. Kjersti Skarstad, *Funksjonshemmedes rettigheter. Fra prinsipper til praksis*, Universitetsforlaget 2019, og Anne Hellum & Vibeke Blaker Strand, *Likestillings- og diskrimineringsrett*, Gyldendal 2021.

<sup>16</sup> ØSK-komiteen (2000), avsnitt 8.

<sup>17</sup> Retten til helse innebærer altså ikke at staten skal *foreta* disse valgene for den enkelte. Den kan likevel legge til rette for å fremme gode valg og handlinger, både gjennom rettighetslovgivning og gjennom andre tiltak som subsidiering av helsehjelp som ikke er gratis, offisielle faglige råd om kosthold mv. For et norsk eksempel, se Helsedirektoratets faglige råd om både kosthold og fysisk aktivitet. Valgfriheten utøves – og handlingene utføres – likevel først og fremst av den enkelte.

«In particular, States are under the obligation to *respect* the right to health by, *inter alia*, refraining from denying or limiting equal access for all persons, including prisoners or detainees, minorities, asylum seekers and illegal immigrants, to preventive, curative and palliative health services.” (min understreking)

Også komiteen som overvåker gjennomføringen av FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter, har understreket statenes særlige ansvar for fangers helse, i sin *General Comment 36* om retten til liv.<sup>18</sup> I paragraf 25 understrekes det at statene har en forhøyet plikt når de fratrar noen friheten:

“States parties also have a heightened duty of care to take any necessary measures to protect the lives of individuals deprived of their liberty by the State, since by arresting, detaining, imprisoning or otherwise depriving individuals of their liberty, States parties assume the responsibility to care for their life and bodily integrity, and they may not rely on lack of financial resources or other logistical problems to reduce this responsibility. [...] The duty to protect the life of all detained individuals includes providing them with the necessary medical care and appropriately regular monitoring of their health, shielding them from inter-prisoner violence, preventing suicides and providing reasonable accommodation for persons with disabilities.” (min utheving)

I tillegg finnes det detaljerte anbefalinger om fangers helsetjeneste også i internasjonale dokumenter om behandling av fanger. Blant de viktigste er *Mandelareglene*, vedtatt av FN i 2015,<sup>19</sup> og *De europeiske fengselsreglene*, vedtatt av Europarådet i 2006 og revidert i 2020.<sup>20</sup> Disse retningslinjene er ikke juridisk bindende for Norge, men vises til både av lovgiver, forvaltning og domstoler som uttrykk for en global konsensus om behandling av innsatte.<sup>21</sup>

Endelig setter menneskerettslige forbud mot tortur og nedverdiggende og umenneskelig behandling absolutte grenser for behandling av fanger. Dette prinsippet finnes både i Grunnloven § 93 og i internasjonale konvensjoner som Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen (EMK) art. 3, FNs torturkonvensjon, FNs konvensjon om sivile og politiske rettigheter art. 7, FNs barnekonvensjon art. 37 og FNs konvensjon om rettighetene til mennesker med nedsatt funksjonsevne art. 15. Europarådets komite for torturforebygging (CPT) har utarbeidet en generell standard for helsetjenester i fengsel.<sup>22</sup>

---

<sup>18</sup> FNs menneskerettighetskomité (2018), *General comment no. 36. Article 6: right to life*, vedtatt 30. oktober 2018, CCPR/C/GC/36.

<sup>19</sup> UN (2015), *The United Nations Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (The Nelson Mandela Rules)*. General Assembly resolution 70/175, annex, vedtatt 17. desember 2015. Se særlig prinsippene 24–35 og 109–110. Tilgjengelig fra: [http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E\\_ebook.pdf](http://www.unodc.org/documents/justice-and-prison-reform/GA-RESOLUTION/E_ebook.pdf) (lest 11. september 2021).

<sup>20</sup> Europarådet (2020), *The European Prison Rules*. Revidert versjon vedtatt 1. juli 2020. Rec(2006)2-rev, se særlig punktene 39–48. Tilgjengelig fra: [https://search.coe.int/cm/Pages/result\\_details.aspx?ObjectID=09000016809ee581](https://search.coe.int/cm/Pages/result_details.aspx?ObjectID=09000016809ee581) (lest 11. september 2021).

<sup>21</sup> Se for eksempel Prop. 129 L (2020-2021) punkt 5.3, HR-2019-2048-A punkt 67–69 og HR-2021-1155-A punkt 33–34.

<sup>22</sup> Europarådet: Komiteen for torturforebygging (CPT, 1993), *Health care services in prisons*. CPT/Inf(93)12-part2, tilgjengelig fra: <https://rm.coe.int/16806ce943> (lest 11. september 2021).

Overvåkingsorganene knyttet til de internasjonale avtalene har lagt grunnlaget for mye av oppmerksomheten om isolasjonsbruken i norske fengsler.<sup>23</sup>

### 3. Det nasjonale rammeverket for helsetjenester i norske fengsler

Dersom retten til helse skal realiseres, må det altså finnes faktisk *helsehjelp*, og et regelverk som sikrer den enkeltes formelle tilgang til disse. I Norge finnes et godt utbygget offentlig helsetilbud, og helselovgivningen gir alle med lovlig opphold i Norge en rekke krav og rettigheter. Når disse skal realiseres for innsatte, er utgangspunktet to grunnleggende prinsipper for helsetjenester og helserettigheter i norske fengsler:

*Normalitetsprinsippet* handler om omfanget av rettigheter for fanger, og bygger på tanken om at frihetsberøvelsen i seg selv er tilstrekkelig straff. Fanger beholder retten til de samme velferdstjenester som andre, også helsetjenester. Soningsforholdene skal ligge så nær opp til verden utenfor som mulig.<sup>24</sup> Dette gjelder også helsetjenester, og innebærer at utgangspunktet er at innsatte har de samme helserettigheter som alle andre. De har ikke bare rett til nødvendig helsehjelp fra primær- og spesialisthelsetjenesten, men også rett til medvirkning og informasjon, og rett til at behandlende personale har taushetsplikt og oppfyller kravene til forsvarlighet etc.

*Importmodellen* handler om organiseringen av tjenester i fengsel. Dette innebærer at det er de ordinære offentlige myndighetene som skal levere tjenester også for personer i fengsel, og gjelder både skolevirksomhet, prestetjeneste, bibliotektenester og helsetjenester. For helsetjenestenes del ble dette etablert i 1987, og ansvaret for helsetjenester i fengsel ble da også flyttet fra justis- til helsemyndighetene. Det er dermed det vanlige helsevesenet som yter tjenester ut fra sine ordinære organisasjoner, enten det gjelder primærtjenester som ytes av kommunen, fylkeskommunens tannhelsetjeneste eller spesialisthelsetjenester som staten har ansvar for.<sup>25</sup> Helsepersonell skal være uavhengige av kriminalomsorgen, og for eksempel aldri ta del i beslutninger om straff.

Disse to utgangspunktene modifiseres imidlertid rettslig så vel som i praksis. Både økonomi, sikkerhetshensyn og organisatoriske forhold innebærer at situasjonen er annerledes i fengsel enn utenfor. Hvordan helsetjenester organiseres, varierer fra fengsel til fengsel. Noen har egne lokaler for helse- og tannhelsebehandling og faste fengselsleger og fengselspsykiatere. Andre steder er arbeidet som fengselslege knyttet til turnusen for de som til enhver tid

---

<sup>23</sup> Se Thomas Horn & Thomas Ugelvik, 2017, «Best in Class? Norwegian Incarceration and the Pragmatic Production of Legitimacy». I: Daems T., Robert L. (red.) *Europe in Prisons*. Palgrave Macmillan, 231–253. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-62250-7\\_9](https://doi.org/10.1007/978-3-319-62250-7_9). Kjersti Lohne & Marte Rua, 2021, «Rettspolitisk mobilisering og strategisk sakførsel mot isolasjon i norske fengsler». *Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskap*, 108(1), 118–135. <https://doi.org/10.7146/ntfk.v108i1.125567>

<sup>24</sup> Se for eksempel St.mld. nr. 37 (2007-2008), *Straff som virker – mindre kriminalitet – tryggere samfunn – (kriminalomsorgsmelding)*, punkt 9.4.

<sup>25</sup> Se for eksempel St.mld. nr. 37 (2007-2008), punkt 5.2. Om tannhelsetjenester i fengsel, se Kjersti Berge Evensen & Vibeke Hervik Bull, «Vær så god neste – hvis vi har nok tid og ledig kapasitet», *Tidsskrift for Velferdsforskning* (under publisering).

jobber på legevakten. Dette kan selvfølgelig påvirke hvordan arbeidet utføres: fjern og skiftende tilknytning mellom helsepersonell og fengslene kan begrense muligheten til å ha spesialisert kunnskap om helseutfordringer for innsatte, mens fast og nær tilknytning kan skape fare for identifikasjon med kriminalomsorgen.<sup>26</sup>

Betydningen av slike faktorer er synlig både i forbindelse med fengslenes betydning for helseautonomi generelt, og for situasjoner med ytterligere tvangsbruk.

## 4. Innsattes helseautonomi

### 4.1 Om «helseautonomi» i fengsel

ØSK-komiteen har altså trukket frem den enkeltes friheter som et element i retten til helse.<sup>27</sup> Den enkeltes *egen aktivitet* er avgjørende for helsen i praksis, i rollen som pasient så vel som i hverdagen. Betydningen av de institusjonelle forutsetningene for å utøve sin autonomi på dette feltet er imidlertid underteoretisert i diskusjoner om retten til helse, både i fengselskonteksten og utenfor.<sup>28</sup>

Som et samlebegrep for den enkeltes mulighet til egne valg og handlinger som former egen helse, foreslår jeg begrepet «helseautonomi».<sup>29</sup> Dette handler om mer enn «pasientautonomi», som brukes om samtykke og selvbestemmelse i behandlingssammenheng.<sup>30</sup> «Helseautonomi» omfatter den enkeltes muligheter til det konkrete, praktiske, organisatoriske, tidkrevende og til dels også kompetanse- og ressurskrevende ved de valg og handlinger hver enkelt av oss gjør med betydning for helsen. Helse er ikke noe man «får», «har» eller «ikke har» – men snarere noe som påvirkes, formes og styrkes eller svekkes over tid.

Å snakke om betydningen av hva den enkelte gjør for helsen, kan innebære fare for at dårlig helse individualiseres som problem, og at man legitimerer inngrep i den enkeltes private sfære. Når jeg likevel fremhever dette, er det for å synliggjøre den omfattende betydningen fengselsrammene har for den enkelte. Når en person fengsles, endres forutsetningene for helseautonomi på mange måter. For personer som har hatt vanskelige livssituasjoner

---

<sup>26</sup> For en nyansert studie av rollen som fengselslege, se Rua 2012. Om fengselssykepleiere, se Terje Emil Fredwall & Inger Beate Larsen, 2020, «Plikt til samarbeid, invitasjon til konflikt? Sykepleierrollen i norske høysikkerhetsfengsel» i *Verdier i konflikt: Etikk i et mangfoldig samfunn*, Cappelen Damm Akademisk (2020) s 73–100, ISBN: 9788202675295. Se også Terje Emil Fredwall, 2017, “Guarding, guiding, gate opening: Prison officer work in a Norwegian welfare context” i *Scandinavian Penal History, Culture and Prison Practice: Embraced By the Welfare State?*, Palgrave Macmillan 2017, s. 157–176, ISBN: 978-1-137-58528-8.

<sup>27</sup> ØSK-komiteen (2000), avsnitt 8.

<sup>28</sup> I litteratur om likhet og personer i sårbare situasjoner har imidlertid autonomi, og rammene for å utøve dette, fått mer oppmerksomhet. Se f.eks. Martha Fineman, *The autonomy myth: A theory of dependency*, The new press 2004; Vibeke Blaker Strand & Ingunn Ikdahl, «Responding to Disadvantage and Inequality through Law», *Oslo Law Review*, nr. 3 2017 (vol. 4) s. 124–132, <https://doi.org/10.18261/issn.2387-3299-2017-03-01>.

<sup>29</sup> Det hadde vært enklere å omtale dette som «helsearbeid» – men det er kanskje betegnende at både «helsearbeid» og «pasientarbeid» allerede er i bruk om det profesjonelle gjør for den enkelte. Dette er et eksempel på hvordan den enkeltes egen rolle nedtones og usynliggjøres.

<sup>30</sup> Se f.eks. Marianne K. Bahun, Pål Friis og Terje Mesel, «Pasientautonomi – en rettighet med moralske implikasjoner», i *Kritisk Juss*, 2018, vol. 44(2) s. 56–78. <https://doi.org/10.18261/ISSN.2387-4546-2018-02-02>

utenfor fengselet, med for eksempel rusproblemer, utrygghet og bostedsløshet, kan fengselets strukturerte hverdag gi en helsemessig grunnmur – og en mulighet for helsetjenesten til å oppnå kontakt med personer som tidligere «har gått under radaren».<sup>31</sup> Samtidig vil den tvangen som ligger i selve frihetsberøvelsen, bety begrensninger og kontroll med den enkeltes handlingsrom. Dette forvansker «pasientarbeidet» knyttet til å håndtere egne medisiner og møte opp til avtalt behandling, og begrenser handlingsrommet for for eksempel kosthold, trening og aktivitet i hverdagen. Helseautonomien blir snevret inn.

I kriminologien har analyser med begrepet «healthy prisons» pekt på spenninger mellom konkrete, men gjerne smalt anlagte tiltak for å bedre helse og skape gode omgivelser, og den større rammen fengselskonteksten utgjør. Catrin Smith har understreket at mens «helsefremmende tiltak» kan være viktig for å styrke innsattes helse, er det fare for at styrende doktriner om likeverd, autonomi og mektiggjøring blir underordnet operasjonelle krav til sikkerhet og kontroll.<sup>32</sup> Yvonne Jewkes har analysert muligheter og begrensninger i forsøk på å bruke fengselsdesign og arkitektur som bidrag til å «create healthy prisons, in the sense of nurturing positive staff-prisoner relationships, fostering feelings of decency, safety, trust, compassion and respect and attempting to encourage the flourishing of potential, as opposed to the breaking of spirits».<sup>33</sup> Jeg foreslår at «helseautonomi» kan tilføre nok en dimensjon til forståelsen av dilemmaer, muligheter og begrensninger på dette feltet.

Fra et juridisk ståsted blir det da relevant å undersøke både hvordan eksisterende rettslig regulering i fengselskonteksten påvirker helseautonomien – og hvordan dette bør reguleres. Som nevnt ovenfor har FNs menneskerettighetskomité understreket at staten ved å frata personer friheten også påtar seg et ekstra ansvar for deres helse og integritet. I forlengelsen av dette kan man argumentere for at staten må søke å kompensere for de begrensninger og belastninger frihetsberøvelsen innebærer i helseautonomien. For å sikre at innsatte har like muligheter som andre til å få oppfylt sin rett til helse, er det ikke nok at helserettigheter formelt sett «gjelder» og helsetjenester «tilbys» på samme måte som for resten av befolkningen. Statens gjennomføring av retten til helse må også innebære bevissthet om de spesifikke begrensningene fengslingen innebærer for den enkeltes helseautonomi – og å veie opp for disse.

Som innsatt innebærer fengslingen at rammene for helseautonomi blir snevrere enn for andre. Selv om fengselssituasjonen også kan tilby noe helsefremmende, innebærer situasjonen at det skapes nye hindringer i den enkeltes muligheter til selv å oppsøke helsetjenester, håndtere medisiner og forebygge helseproblemer ved kosthold og fysisk aktivitet. I det følgende ser jeg på et knippe spørsmål som oppstår i praksis. Beskrivelsen av

---

<sup>31</sup> Se Marion Hellebust, Peter Scharff Smith, Ingrid Lundeberg & May-Len Skilbrei (2021), *Lengst inne i fengselet – Kvinnelige innsatte med behov for helsehjelp*, Institutt for kriminologi og rettssosiologi, Universitetet i Oslo, tilgjengelig fra [https://www.ido.no/globalassets/ido\\_2019/bilder-til-nye-nettsider/rapporter/lengst-inne-i-fengselet.pdf](https://www.ido.no/globalassets/ido_2019/bilder-til-nye-nettsider/rapporter/lengst-inne-i-fengselet.pdf) (lest 14 september 2021), s. 85–86.

<sup>32</sup> Catrin Smith, “‘Healthy prisons’ – a contradiction in terms?”, *The Howard Journal*, vol. 39 nr 32000, S 350

<sup>33</sup> Yvonne Jewkes, «Just design: Healthy prisons and the architecture of hope», *Australian and New Zealand Journal of Criminology*, 2018 vol. 51 (3) s. 319–338, på s. 334. Se også Yvonne Jewkes, Melanie Jordan, Serena Wright & Gillian Bendelow, «Designing ‘Healthy’ Prisons for Women: Incorporating Trauma-Informed Care and Practice (TICP) into Prison Planning and Design”, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2019, vol. 16(20), 3818; <https://doi.org/10.3390/ijerph16203818>



de rettslige utgangspunktene suppleres med informasjon fra fengselsbesøk foretatt av Sivilombudsmannens forebyggingsenhet.<sup>34</sup>

#### 4.2 Helseautonomi og muligheten til å oppsøke helsetjenester

ØSK-komiteen har understreket at det ikke er nok at helsetjenester finnes (availability), de må også være praktisk tilgjengelige (accessibility).<sup>35</sup> Mandelareglene slår fast at alle innsatte skal ha gratis tilgang til nødvendige helsetjenester (regel 26), og rask tilgang til medisinsk hjelp i akutte tilfeller (regel 27.1).

En praktisk konsekvens av fengsling er at den innsatte har mindre mulighet til å selv oppsøke helsehjelp. Der andre kan ringe fastlegen eller spesialist, og selv organisere det å møte opp til avtalte timer, blir den innsatte avhengig av tilrettelegging for dette. Denne avhengigheten skaper utfordringer på flere punkter.

For det første har også innsatte rett til privatliv, fortrolighet om helseinformasjon og taushetsplikt hos helsepersonell. At helseopplysninger skal være konfidensielle, er omtalt i Mandelareglene (regel 32.1.c).<sup>36</sup> 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 forseglet konvolutt.<sup>37</sup> EMD har slått fast innsyn i korrespondanse mellom innsatt og helsepersonell kan utgjøre brudd på retten til privatliv i EMK artikkel 8.<sup>38</sup>

For det andre er det problematisk om kriminalomsorgens ansatte fungerer som «portvoktere», ved å gis rollen med å vurdere, innvilge eller avslå forespørsler om kontakt med helsetjenesten. CPTs standard for helsetjenester i fengsel slår fast at fengselsbetjenter ikke skal ha noen rolle i å vurdere helseforespørsler.<sup>39</sup> Mandelareglene slår fast at medisinske beslutninger kun skal tas av ansvarlig helsepersonell, samt at helsebeslutninger ikke skal overprøves eller ignoreres av fengselsansatte (regel 27.2).

---

<sup>34</sup> Rapportene er offentlig tilgjengelig på Sivilombudsmannens hjemmeside. For oversiktens skyld er de konkrete eksemplene som gjengis nedenfor primært hentet fra to fengsler: Oslo fengsel (rapport fra 2018) og Bredtveit kvinnefengsel (rapport fra 2016). I etterkant av rapportene fortsetter oppfølgingsarbeid i dialog med fengselet, og en del av problemene som er påpekt, vil bli rettet opp ved endringer i rutiner, organisering og prioriteringer. Det betyr at leseren må være oppmerksom på at problemene som omtales i det følgende, ikke nødvendigvis gjør seg gjeldende på samme måte i dag. Kapittelets formål er ikke å gi en fullstendig beskrivelse av situasjonen i det enkelte fengsel nå, men å peke på utfordringer og anbefalinger for å sikre innsattes rett til helse. Sivilombudsmannens anbefalinger i slike rapporter har ingen tung vekt som rettskilde, men rapportene gir konkrete innblikk i praktiske og rettslige problemstillinger som oppstår i praksis. Mange av problemstillingene som nevnes fra besøk i Oslo fengsel og Bredtveit, er også kjent fra andre fengsler.

<sup>35</sup> ØSK-komiteen 2000 avsnitt 12 bokstav b. I sine tilbakemeldinger på Norges periodiske rapporter til komiteen, har den uttrykt særlig bekymring for hvorvidt fanger med psykiske helseplager får tilgang til adekvat helsehjelp, se ØSK-komiteen 2020, *Concluding observations on the sixth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/6.

<sup>36</sup> Se også ØSK-komiteen 2000 avsnitt 12, og De europeiske fengselsreglene punkt 16A.3.

<sup>37</sup> CPT 1993 punkt 34. Se også Komiteen for torturforebygging (CPT), *Report to the Danish Government on the visit to Denmark 2014*, CPT/Inf (2014) 25, avsnitt 53.

<sup>38</sup> Se *Szuluk mot Storbritannia*, EMD 2. juni 2009, nr. 36936/05.

<sup>39</sup> CPT 1993 punkt 34.

Rapporten fra Sivilombudsmannens besøk i Oslo fengsel i 2018 illustrerer faktiske problemer som kan oppstå når disse utgangspunktene skal realiseres.<sup>40</sup>

I Oslo fengsel fantes det på denne tiden to spor for innsatte som ønsket helsetjenester. For henvendelser som ikke hastet, skulle den innsatte skrive sine behov på «samtalelapper» som lå tilgjengelig inne på cellene. Fengselsbetjentene på avdelingene samlet inn skjemaene og videreformidlet dem til helseavdelingen i fengselet, som tok kontakt med den innsatte og vurderte behov for tiltak. Innsatte som ønsket legetime, ble satt opp til dette. Ventetiden ble imidlertid ofte lang: Lege var ikke tilgjengelig hver dag, og det hadde forekommet at det gikk flere uker uten legedekning. Enkelte innsatte hadde ventet i flere uker på legetime.<sup>41</sup> Helseavdelingen hadde nylig opplevd store økonomiske kutt.<sup>42</sup>

Systemet med samtalelapper var også problematisk opp mot konfidensialitet. Helseavdelingen i fengselet oppga at innsatte ikke skulle skrive årsaken til at man ønsket konsultasjon med lege på samtalelappene. Lappene la imidlertid opp til at personlig helseinformasjon ble delt: De hadde et eget felt hvor innsatte ble bedt om å forklare «detaljert om hva ønsket gjelder», og et annet felt der betjenter skulle signere. Sivilombudsmannen konkluderte: «Samtalelapper som gjelder helsesamtaler, skal aldri måtte leses av betjenter. Betjenter bør sikre at helselapper alltid legges i en lukket konvolutt av den innsatte.»<sup>43</sup>

I mer akutte situasjoner fulgte man det andre sporet, der behovet for oppfølging av helsetjenesten ble vurdert av fengselsbetjenten. Dette reiste ikke bare spørsmål om personvern og konfidensialitet, men ga i tillegg de ansatte en portvokter-funksjon. I enkelte tilfeller hadde betjentene unnlatt å ta kontakt med helsetjenesten, på grunn av den pressede økonomiske og bemanningsmessige situasjonen der. Kombinert med deres manglende faglige grunnlag for å vurdere helsebehov skapte dette fare for både feilaktige og vilkårlige vurderinger av hvem som skulle få tilgang til øyeblikkelig helsehjelp.<sup>44</sup>

Gjennomføring av timeavtaler med helsepersonell utenfor fengselet er nok et eksempel på hvordan frihetsberøvelsen begrenser helseautonomien. Dersom innsatte har time hos spesialisthelsetjenesten, vil det ofte være nødvendig at en ansatt følger den innsatte – «fremstilling».<sup>45</sup> I Oslo fengsel fortalte både innsatte og ansatte at det regelmessig og ofte skjedde at varetektsfengslede mistet timer i spesialisthelsetjenesten fordi politiet ikke sørget for fremstilling. Den innsatte fikk ofte først beskjed i etterkant av at den opprinnelige timen var blitt avlyst, og kunne dermed heller ikke klage på avlysningen. Avlyste timer ble ikke systematisk avviksført.<sup>46</sup> Det må legges til grunn at time for undersøkelse eller behandling hos spesialist er gitt etter en faglig vurdering av helsebehov. Avlysning kan både innebære lang ventetid på ny time, og det kan gjøre samarbeid med spesialisthelsetjenesten vanskelig.

---

<sup>40</sup> Sivilombudsmannen (2019), *Besøksrapport Oslo fengsel 19. –22. november 2018*.

<sup>41</sup> Sivilombudsmannen (2019), side 51.

<sup>42</sup> Sivilombudsmannen (2019), side 47–48.

<sup>43</sup> Sivilombudsmannen (2019) s. 55.

<sup>44</sup> Sivilombudsmannen (2019) s. 51.

<sup>45</sup> For innsatte som soner dom, er dette kriminalomsorgens ansvar, jf. strgjfl § 34. For varetektsfengslede er det politiet som har ansvaret for fremstillingen.

<sup>46</sup> Sivilombudsmannen (2019) s. 54.

Når fengslingen betyr at den innsatte ikke kan reise til timen på egen hånd, må det offentlige sørge for at timen kan benyttes, dersom man skal unngå fare for brudd på retten til helsehjelp. I tilfeller der dette er vanskelig å gjennomføre, bør det være reell klagemulighet for den enkelte *før* avlysning.

Eksemplene fra Oslo fengsel illustrerer betydningen av økonomiske og personelle ressurser både for den faktiske tilgangen til helsehjelp i fengselet og for å kunne benytte seg av timer utenfor. Det kan reises spørsmål ved om de etablerte systemene sikret at helsetjenester faktisk var «accessible». Rent organisatoriske svakheter betød også at problemene ble større enn nødvendig, ved utforming av samtalelapper, uklarhet om når helseavdelingen skulle kontaktes, og manglende system for oppfølging av avlyste timer. Slike svakheter kan og bør rettes opp, uten at det skaper større kostnader.

#### 4.3 Helseautonomi og bruk av medisiner

I fengsel er den enkeltes mulighet til å selv oppbevare og styre bruken av medisin sterkt begrenset.<sup>47</sup> Særlig medisiner med rusvirkninger og vanedannende medisiner reiser spørsmål knyttet til sikkerhet, mål om å unngå omsetning og å hindre misbruk for den enkelte. Fengselslegen skal vurdere medisinbruk ved innkomst,<sup>48</sup> men forskriften angir at fengselets tilsatte kan dele ut medisiner på noen vilkår (godkjenning av kommunelegen og nødvendig opplæring fra helsetjenesten). Reseptbelagte medisiner skal alltid doseres av helsetjenesten før slik utdeling.<sup>49</sup> Helsedirektoratets veileder gir nærmere retningslinjer, og skiller mellom legemiddelhåndtering som regnes som «praktisk bistand», og den som regnes som «helsehjelp».<sup>50</sup>

Medisinbruk er imidlertid konfidensiell informasjon mellom pasient og helsetjeneste, og kriminalomsorgens rolle i medisinutdeling kan utfordre innsattes rett til fortrolighet om helseinformasjon.<sup>51</sup> Sivilombudsmannen fant brudd på helsepersonells taushetsplikt i Oslo fengsel i 2018: Her forberedte helsepersonell «dosetter» som ble brukt ved utdeling, og på disse fantes opplysninger om hvilken medisin den innsatte fikk.<sup>52</sup> Andre fengsler har funnet rutiner for medisinutdeling som kan kombinere sikkerhet med respekt for retten til vern om helseopplysninger.<sup>53</sup>

---

<sup>47</sup> Om hva som kan tas med inn i fengsel, se strgfjlf § 26. Om forbud mot bruk av medikamenter etc. som ikke er skrevet ut av lege, se forskrift om straffegjennomføring (FOR-2002-02-22-183) § 3-21.

<sup>48</sup> Helsedirektoratet 2016: *Helse- og omsorgstjenester til innsatte i fengsel*, Veileder IS-1971. Oppdatert desember 2016.

<sup>49</sup> Forskrift om straffegjennomføring § 3-17.

<sup>50</sup> Helsedirektoratet 2016, punkt 3.2. Skillet mellom de to situasjonene er ikke krystallklart, men i utgangspunktet er det «praktisk bistand» dersom det er snakk om legemidler som pasienten / den innsatte normalt sett ville ha administrert selv – men som kriminalomsorgen av sikkerhetsmessige grunner fratar dem.

<sup>51</sup> Se nærmere om denne i punkt 4.2 ovenfor.

<sup>52</sup> Sivilombudsmannen (2019) s. 56.

<sup>53</sup> Sivilombudsmannen (2019) s. 56 viser til rapporter fra besøk til Telemark fengsel avdeling Kragerø og avdeling Skien, Tromsø fengsel og Bergen fengsel.

Når personell med lite opplæring deler ut medisiner, kan det også øke risiko for feil<sup>54</sup> og begrense helsepersonells mulighet til å følge opp pasienten. CPT anbefalte etter sitt besøk til Oslo fengsel i 2018 at medisiner, i hvert fall noen typer (f.eks. anti-psykotika), fortrinnsvis kun bør deles ut av helsepersonell.<sup>55</sup>

Begrensninger i håndtering av medisiner er begrensninger i helseautonomi. For mange medikamenters del kan slike begrensninger være nødvendig i en fengselskontekst. Ved alle typer begrensninger kreves det likevel særlig oppmerksomhet om hvilken betydning det har for konfidensialitet og kvalitet/feilrisiko når kriminalomsorgens ansatte må tre inn som mellommenn.

4.4 Helseautonomi, likhet og diskriminering: å ta høyde for ulike forutsetninger og behov  
Som nevnt i punkt 2 er forbudet mot diskriminering en grunnleggende del av retten til helse. I de internasjonale dokumentene som tar opp innsattes helserettigheter, er dette først og fremst omtalt som et spørsmål om forskjeller mellom innsatte og andre.<sup>56</sup> Det nasjonale diskrimineringsforbudet, fundert i Grunnloven § 98 og konkretisert i likestillings- og diskrimineringsloven (2017), innebærer imidlertid at det heller ikke skal være diskriminering mellom ulike grupper av innsatte.

Forbudet mot diskriminering innebærer ikke bare at alle skal behandles likt (formell likhet) – men også at ulik behandling eller særlig tilrettelegging kan være nødvendig for å ta høyde for at personer og grupper har ulike forutsetninger og behov (reell likhet). En rekke avgjørelser fra EMD har pekt på hvordan også det å *unnlate* å ta høyde for den enkeltes funksjonsevne eller helsetilstand kan utgjøre brudd på EMK.<sup>57</sup>

Likestillings- og diskrimineringsombudet gjorde i 2017 en studie av soningsforholdene for en rekke «utsatte grupper».<sup>58</sup> Rapporten tar opp en rekke ulike grupper – kvinner, innsatte med funksjonsnedsettelse, innsatte som ikke behersker norsk eller engelsk, lesbiske, homofile, bifile, transpersoner og mennesker som har en annen tro og et annet livssyn enn kristendom – og argumenterer for at måtene fengslene er organisert på, gjør at disse ofte får systematisk vanskeligere soningsforhold enn andre innsatte. Jeg vil se nærmere på to av disse: Innsatte med begrensede norskkunnskaper er en nokså stor gruppe i norske fengsler,

---

<sup>54</sup> Sivilombudsmannen (2019) s. 56.

<sup>55</sup> Europarådet: Komiteen for torturforebygging (CPT), *Report to the Norwegian Government on the visit to Norway 2018*, CPT/Inf (2019) 1, avsnitt 90.

<sup>56</sup> Se sitatene fra ØSK-komiteen og Menneskerettighetskomiteen gjengitt i punkt 2 ovenfor.

<sup>57</sup> EMD har behandlet et stort antall saker knyttet til manglende tilrettelegging og hensyntaken til f.eks. nedsatt funksjonsevne, pågående sykdom og alderdomstilstander. For en oversikt, se Europarådet og Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (2021): *Guide on the case-law of the European Convention on Human Rights – Prisoners' rights*, oppdatert 31. august 2021, s. 28–41. Tilgjengelig fra [https://www.echr.coe.int/Documents/Guide\\_Prisoners\\_rights\\_ENG.pdf](https://www.echr.coe.int/Documents/Guide_Prisoners_rights_ENG.pdf) (lest 14. september 2021).

I EMDs praksis er disse i hovedsak vurdert opp mot forbudet mot nedverdiggende og umenneskelig behandling i artikkel 3, men enkelte saker har også vurdert diskrimineringsvernet etter artikkel 14. Se f.eks. *Martzaklis vs Hellas* (EMD 9. juli 2015, nr. 20378/13) om forskjellsbehandling av HIV-positive fanger.

<sup>58</sup> Likestillings- og diskrimineringsombudet 2017, *Innsatt og utsatt. Rapport om soningsforholdene for utsatte grupper i fengsel*. Tilgjengelig fra [https://www.ido.no/globalassets/ido\\_2019/03\\_ombudet-og-samfunnet/rapporter/soningsforhold/soningsrapport-web.pdf](https://www.ido.no/globalassets/ido_2019/03_ombudet-og-samfunnet/rapporter/soningsforhold/soningsrapport-web.pdf) (lest 14. september 2021).

samtidig som mulighet til god kommunikasjon er sentralt i forbindelse med helse. Kvinner er en langt mindre gruppe, og ofte adskilt fra menn – slik at både det kroppslige og det organisatoriske må tas hensyn til når retten til helse skal realiseres.<sup>59</sup>

#### *Språk, kommunikasjon og helseautonomi*

Innsatte med begrensede norskkunnskaper kan være i en generelt sårbar situasjon, på grunn av for eksempel større avstand til familie og nettverk utenfor, og begrenset kommunikasjon med innsatte og andre ansatte. For retten til helse kan manglende språkkunnskaper skape problemer både for tilgangen til generell informasjon om helsetjenestene i fengsler og for kommunikasjon med helsepersonell i behandlingssituasjoner. Mulighet til kommunikasjon er en forutsetning for å kunne bruke helseautonomi. Mandelareglene (regel 55) slår fast at informasjon skal gis på en måte og i et språk som den innsatte forstår, med tolk hvis det er nødvendig.<sup>60</sup> Også menneskerettslige overvåkingsorganer har understreket betydningen av tolk for å sikre lik tilgang til rettigheter og tjenester, både generelt og i Norge spesielt.<sup>61</sup>

Pasientrettighetsloven § 3-2 gir rett til nødvendig informasjon om helsetilstand og innhold i helsehjelpen. Kriminalomsorgsdirektoratet har sendt ut et særlig rundskriv om bruk av tolk, og understreker at kriminalomsorgens språkferdigheter og viktigheten i budskapet er relevante momenter i vurderingen av om tolk skal innhentes. Det angis her at hvis ansatte i kriminalomsorgen behersker innsattes språk, eller begge har tilstrekkelige ferdigheter innen et tredje språk, er tolk normalt ikke nødvendig.<sup>62</sup> Dette kan imidlertid neppe legges til grunn som hovedregel ved helsespørsmål, der konfidensialitetshensyn er viktige.

Helsedirektoratets veileder slår fast at «Bruk av betjenter eller andre innsatte som tolk i forbindelse med helsesamtaler skal ikke forekomme».<sup>63</sup> Kvalifisert tolk bør brukes i alle helsesamtaler der den innsatte har behov for dette.

Da Sivilombudsmannen besøkte Oslo fengsel i 2018, hadde 60 prosent av de innsatte et annet statsborgerskap enn norsk. Selv om statsborgerskap ikke nødvendigvis sier noe om språkkunnskap, peker dette på at behovet for tolk kan gjelde mange. Helsetjenesten brukte imidlertid i liten grad tolk, og oppga at dette «delvis skyldtes økonomiske prioriteringer». I

---

<sup>59</sup> For innsatte med funksjonsnedsettelse, se også presentasjonen av EMDs rikholdige praksis i Europarådet og Den europeiske menneskerettighetsdomstolen (2021), s. 28–41.

<sup>60</sup> Se også De europeiske fengselsreglene, punkt 30.1 og 38.3.

<sup>61</sup> ØSK-komiteen har uttrykt bekymring for språklige minoriteters tilgang til helsetjenester generelt i Norge, og anbefalte å øke bruken av tolk, ØSK-komiteen (2013), *Concluding observations on the fifth periodic report of Norway*, E/C.12/NOR/CO/5, avsnitt 17.

Også komiteen som overvåker FNs konvensjon for eliminering av rasediskriminering har understreket betydningen av tolk både i rettssystemet og i helsevesenet, CERD-komiteen (2005), *General recommendation XXXI on the prevention of racial discrimination in the administration and functioning of the criminal justice system*, avsnitt 38(a). Samme komité har også uttrykt bekymring for at fravær av tolk gjør at personer med utenlands opprinnelse ikke får lik tilgang til offentlige tjenester i Norge, inkludert helsehjelp: CERD-komiteen 2015, *Concluding observations on the combined twenty-first and twenty-second periodic reports of Norway*, CERD/C/NOR/CO/21-22, avsnitt 37–38.

For en prinsipiell diskusjon i norsk sammenheng, se også NOU 2014: 8 *Talking i offentlig sektor – et spørsmål om rettssikkerhet og likeverd*.

<sup>62</sup> Kriminalomsorgsdirektoratet (2018), *Rundskriv Nr.1 2018 Om bruk av tolk og oversettelser i Kriminalomsorgen*, punkt 3.

<sup>63</sup> Helsedirektoratet 2013, s. 45.

noen tilfeller ble andre innsatte eller betjenter brukt som tolk der den innsatte enten hadde bedt om det selv, eller der situasjonen var akutt.<sup>64</sup>

Oslo fengsel hadde imidlertid en mindre kostbar ordning for tolk tilgjengelig, «skjermtolk» (videooverført tolketjeneste). Kunnskapen om denne varierte imidlertid, og også for denne viste noen ansatte til at bruken måtte begrenses på grunn av fengselets stramme økonomiske situasjon.<sup>65</sup>

Mulighet til god og konfidensiell kommunikasjon med helsepersonell er avgjørende for å kunne utøve helseautonomi. Betydningen av kommunikasjon og språk er erkjent også i pbrl § 3-5, som angir at helseinformasjon skal tilpasses mottakerens individuelle forutsetninger, inkludert kultur og språkbakgrunn. Spørsmål om bruken av tolk illustrerer både hvordan formell likebehandling er utilstrekkelig til å sikre alle innsattes rett til helse – og hvordan tilrettelegging for ulike grupper kan være økonomisk ressurskrevende, også når tekniske løsninger kan hjelpe. Økonomiske hensyn vil imidlertid måtte veies opp mot andre hensyn, som hvor svak språkkunnskap det er snakk om, og naturen av helsespørsmålene det gjelder. Betydningen av økonomi diskuteres nærmere i punkt 4.5.

#### *Kjønn og helseautonomi*

Soningsforholdene for kvinnelige innsatte har de siste årene fått en del oppmerksomhet i Norge.<sup>66</sup> En rekke problemstillinger har blitt tatt opp, flere med klare sider mot helsespørsmål. Internasjonalt inneholder både Mandelareglene og De europeiske fengslingsreglene særlige anbefalinger knyttet til kvinnelige innsatte. I tillegg har FNs generalforsamling vedtatt «Regler for behandling av kvinnelige innsatte og ikke-frihetsberøvende tiltak for kvinnelige lovbrytere» (2010).<sup>67</sup>

Temaene som tas opp, kan forstås som å handle om to ulike typer forhold. Dels handler det om behovet for tilrettelegging av soningsforhold i situasjoner og spørsmål som typisk gjelder kvinner i større grad enn menn. Blant eksemplene på dette er at menstruasjon og graviditet gjør tilgang til toalett i egen celle ekstra viktig,<sup>68</sup> og at kvinner oftere har hatt den daglige omsorgen for egne barn og dermed ekstra behov for at det legges til rette for kontakt.<sup>69</sup> Kvinner risikerer i større grad seksuell trakassering, særlig i blandede fengsler.<sup>70</sup> De har

---

<sup>64</sup> Sivilombudsmannen 2019 s. 55.

<sup>65</sup> Sivilombudsmannen 2019 s. 21–22.

<sup>66</sup> Kriminalomsorgsdirektoratet (2015) *Likeverdige forhold for kvinner og menn under kriminalomsorgens ansvar*, rapport fra arbeidsgruppe. Sivilombudsmannen (2016), *Kvinner i fengsel – En temarapport om kvinners soningsforhold i Norge*. Kriminalomsorgen (2017), *Strategi for kvinner i varetekt og straffegjennomføring*. Likestillings- og diskrimineringsombudet (2017), *Innsatt og utsatt. Rapport om soningsforholdene til utsatte grupper i fengsel*, punkt 2. Åshild Marie Vige (2018), *Kvinnens erfaringer med å sone i norske fengsler våren 2017. En rapport fra Juridisk rådgivning for kvinner*, JURK rapport nr. 1/2018. Helena Aanstad, Ingeborg Amalie Solli & Mari Tvedten Smith-Gahrnsen, «Kritisk kriminalomsorg for kvinner», *Kritisk Juss*, 2020 vol. 46 (1) s. 36–49. Høsten 2021 kom en omfattende studie av kvinnelige innsattes helseutfordringer og soningstilbud, bestilt av Likestillings- og diskrimineringsombudet: Hellebust, Smith, Lundeborg & Skilbrei (2021).

<sup>67</sup> A/RES/65/229, ofte kalt *Bangkokreglene*.

<sup>68</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 21–23.

<sup>69</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 47–49.

<sup>70</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 30.

oftere enn menn erfaringer med seksuelle overgrep,<sup>71</sup> og intimiteten i pasient–lege-relasjonen kan føre til ønske om å få benytte kvinnelig lege.<sup>72</sup>

Den andre gruppen peker mot hvordan kvinners soningsforhold påvirkes av at de er en minoritet i fengslene. Spørsmål om «lufting» og mulighet til fysisk aktivitet kommer opp, enten ved at egne områder for kvinner er mindre og dårligere utstyrt, eller ved at sikkerhet og begrensede personalressurser betyr at kvinner i mindre grad får bruke fellesarealer.<sup>73</sup> Også aktivitetstilbud som arbeidstrening virker å være mer begrenset for kvinner enn menn,<sup>74</sup> og rusmestringstilbud er tilgjengelig i mindre grad.<sup>75</sup> Fordi færre fengsler huser kvinnelige innsatte, er de også mer utsatt for å sone langt fra familie.<sup>76</sup> Kort sagt: Brede tilbud gir bedre muligheter for å fremme helseautonomi, men det er mer krevende å gi brede tilbud når gruppen er mindre. I Norge utgjør kvinner kun 6 % av det samlede antall innsatte.

I april 2019 klaget Likestillings- og diskrimineringsombudet Tromsø fengsel inn til Diskrimineringsnemnda. Økonomi og organisering var sentrale grunner til at kvinnelige innsatte i dette fengselet i større grad enn menn var innelåst på cella, og fikk dårligere tilbud om utdanning og arbeid. Nemnda understreket blant annet at «Økonomi kan ikke begrunne bruk av unntaksregelen» i likestillings- og diskrimineringsloven (2017) § 9, som angir at forskjellsbehandling er lovlig dersom den oppfyller krav om saklig formål, nødvendighet og forholdsmessighet.<sup>77</sup>

#### 4.5 Om rettferdiggjøring av begrensninger i helseautonomien

Helseautonomi er en – ofte uttalt – forutsetning for realisering av retten til helse generelt, og for å ha glede av helsetjenester og pasientrettigheter. Frihetsberøvelsen innebærer at staten gjør inngrep i dette, og med inngrep følger et særlig ansvar for å kompensere og tilrettelegge.

Å sikre at så mye som mulig av helseautonomien beholdes, mens hensyn til sikkerhet ivaretas, er krevende både praktisk og ressursmessig.<sup>78</sup> Kriminalomsorgens praktiske rolle kan skape portvokterproblemer, som kan føre til krenkelser av både rett til konfidensialitet og rett til nødvendig helsehjelp uten vilkårlighet. Eksemplene ovenfor knyttet til språk og kjønn viser hvordan det å ta hensyn til behovene til ulike grupper av innsatte også har betydning for lik helseautonomi og lik rett til helse.

---

<sup>71</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 14.

<sup>72</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 43–44.

<sup>73</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 23–26, 39–40.

<sup>74</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 33–37.

<sup>75</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 44. Se også Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), *Rusmiddelbruk og helsesituasjon blant innsatte i norske fengsel* (2016).

<sup>76</sup> Sivilombudsmannen 2016 s 47–49.

<sup>77</sup> Diskrimineringsnemnda, Sak 19/114.

<sup>78</sup> Sivilombudsmannens rapport fra Oslo fengsel (2019, se særlig s. 47–48) dokumenterer omfanget og betydningen av økonomiske kutt til helsetjenestene der.

Å sikre retten til helse, inkludert helseautonomi, krever nennsom organisering, men også prioritering av ressurser. Økonomiske hensyn må veies opp mot andre hensyn, og kan ikke alene rettferdiggjøre at grunnleggende tjenester blir utilgjengelige i praksis. Dette har ikke bare støtte i de menneskerettslige argumentene, men også i annen norsk rett: Der det er snakk om livsviktige behov, vil man fort nærme seg en minstestandard som den Høyesterett stadfestet i Fusa-dommen fra 1990. Det finnes en terskel som det offentlige ikke kan gå under, heller ikke med begrunnelse i økonomiske hensyn.<sup>79</sup>

En fengselsdom innebærer tap av helseautonomi, og sett i dette perspektivet blir en systemsvakhet i importmodellen synlig. Autonomi er en del av de underliggende forutsetningene som må være på plass for at den enkelte kan kunne gjøre nytte av lovgitte rettigheter. Når helseautonomien begrenses, skaper det problemer for den enkelte – og å kompensere dette skaper økonomiske og organisatoriske utfordringer for fengselet. Dette kan mistes av syne om man legger til grunn at tjenester kan leveres og rettigheter realiseres på omtrent samme måte innenfor murene, som utenfor.

## 5. Tvangsbruk innenfor fengselet

### 5.1 Generelt om autonomi og tvangsbruk utover selve frihetsberøvelsen

Som argumentert ovenfor innebærer frihetsberøvelsen *i seg selv* en tvang som begrenser den enkeltes mulighet til å ta valg og handle i helsespørsmål. I tillegg til dette finnes det en rekke situasjoner der det brukes *ytterligere* tvang mot den enkelte. Dette kan for eksempel være utelukkelse fra fellesskapet (på egen celle), bruk av sikkerhetscelle, eller sikkerhetsseng/belteseng.<sup>80</sup> I akutte situasjoner der en innsatt kan skade seg selv eller andre, kan både helse- og sikkerhetshensyn kollidere med hensyn til autonomi og integritet.

Flere sider av retten til helse er i spill når tiltak kan være begrunnet i å beskytte den enkeltes helse mot skade, samtidig som tvangsbruken selv kan påføre skade. Den nasjonale lovgivningen spiller en sentral rolle i å etablere prosesser, vurderinger og ansvarsplassering for avveiningene i slike situasjoner.

Slike tvangstiltak må ha særlig hjemmel, innenfor fengsel på samme måte som utenfor. Tiltakene må også være nødvendige og forholdsmessige i den konkrete situasjonen.

Hjemlene for tvang innenfor fengselet favner imidlertid om nokså ulike situasjoner, kan innebære ulik grad av fysisk maktbruk, og kan ha et bredt spekter av begrunnelser. Dels kan det være kontroll- og sikkerhetshensyn: Vedtak om utelukkelse fra fellesskapet (på egen celle) eller sikkerhetscelle kan blant annet begrunnes i det å avverge materiell skade,<sup>81</sup> hindre straffbare handlinger,<sup>82</sup> opprettholde ro, orden og sikkerhet<sup>83</sup> og hindre alvorlige

<sup>79</sup> Rt. 1990 s 874 (*Fusadommen*), på s. 888.

<sup>80</sup> Straffegjennomføringsloven 2001 (strgjfl) § 37.

<sup>81</sup> For utelukkelse fra fellesskapet, altså på egen celle, er den aktuelle hjemmelen strgjfl § 37 første ledd bokstav c. Hjemmel for det strengere tiltaket sikkerhetscelle finnes i strgjfl § 38 første ledd bokstav b.

<sup>82</sup> Strgjfl § 37 første ledd bokstav b, om utelukkelse fra fellesskapet.

<sup>83</sup> Strgjfl § 37 første ledd bokstav e, om utelukkelse fra fellesskapet.



opptøyer eller uroligheter.<sup>84</sup> En annen type begrunnelse for tvangstiltak er hensynet til fellesskapets helse: Den omfattende inntakskaranteneordningen etablert i forbindelse med covid-19 våren 2020 kan sees slik, og våren 2021 ble forslag om en permanent hjemmel for dette foreslått for Stortinget som ny § 45 c i straffegjennomføringsloven.<sup>85</sup>

Belteseng skal imidlertid kun brukes når det er strengt nødvendig for å hindre en innsatt i å skade seg selv.<sup>86</sup> Også tvungen medisinerer kan bare gjøres av hensyn til den enkeltes egen helse og sikkerhet.<sup>87</sup>

Begrunnelsen for inngrepene kan altså hvile i ulik grad på kontroll, sikkerhet og vern, og på både kollektive og individuelle hensyn. Uavhengig av begrunnelsen vil de imidlertid alltid utgjøre ytterligere begrensninger i den enkeltes autonomi. Tvang og isolasjon kan ha skadelige virkninger for den enkeltes mentale helse. Særlig for beltelegging vet man at det også medfører fare for fysiske skader.

Bruken av tvang som del av medisinsk behandling, enten det er isolasjon, belteseng eller medikamenter, reiser både etiske og rettslige problemstillinger – enten det er snakk om psykisk helsevern<sup>88</sup> eller annen helsehjelp.<sup>89</sup> Mange av spørsmålene vil kunne oppstå i lignende form i fengsler som i andre institusjoner. Reguleringen av denne typen «individuell paternalisme» i behandlingsøyemed ble detaljert diskutert av Tvangslovutvalget i NOU 2019: 14 *Tvangsbegrensningsloven*.<sup>90</sup> Utvalget pekte også på et «økende fokus på bruk av tvang overfor personer som oppholder seg i fengsel og som kan knyttes til behov for helsehjelp», men anså at disse spørsmålene falt utenfor mandatet.<sup>91</sup>

I fengslene oppstår imidlertid også særlige spørsmål, som skiller seg fra andre institusjoner. Et sentralt poeng er at det involverte personalet er et annet. I fengselet er det kriminalomsorgen, ikke helsepersonell, som er beslutningstaker der det er aktuelt å iverksette tvangsmidler, og som spiller hovedrollen i gjennomføringen.

---

<sup>84</sup> Strgjfl § 38 første ledd bokstav c, om sikkerhetscelle.

<sup>85</sup> Se Ikdahl (under publisering).

<sup>86</sup> Dette følger ikke klart av strgjfl § 38, men står uttrykkelig i Kriminalomsorgens rundskriv *Retningslinjer til straffegjennomføringsloven og til forskrift til loven* (KSF-2008-9001, sist endret 30. april 2019), punkt 38.7.

<sup>87</sup> Straffegjennomføringsloven gir ikke hjemmel for tvungen medisinerer. Rettslig grunnlag må eventuelt finnes i lov om psykisk helsevern (phvl, 1997). For en diskusjon av dette, se Helsedirektoratets brev til Regjeringsadvokaten, *Tvungent psykisk helsevern uten døgnopphold for innsatt i fengsel*, datert 3. februar 2010, tilgjengelig fra: <https://www.helsetilsynet.no/regelverk/tolkningsuttalelser/pasient-og-brukerrettigheter/tvungent-psykisk-helsvern-uten-doegnopphold-fengsel/> (lest 14. september 2021).

<sup>88</sup> Se også Øyvind Holst, «Samfunnsvernets begrensninger. En kritisk analyse av lovverket for gjennomføring av dom på tvungent psykisk helsevern», Avhandling for graden philosophiae doctor (ph.d.), Universitetet i Bergen, 2020. Dom på tvungent psykisk helsevern er en såkalt «strafferettslig særreaksjon»: I stedet for fengselsstraff dømmes personen til behandling i det psykiske helsevernet. En rekke av spenningene mellom kontroll, sikkerhet og behandling minner imidlertid sterkt om dem som gjør seg gjeldende i fengsel.

<sup>89</sup> Se helse- og omsorgstjenesteloven (2011) kap. 9 om personer med psykisk utviklingshemming, kap. 10 om rusmiddelavhengige, og pasient- og brukerrettighetsloven (1999) kap. 4 om bl.a. barn og personer uten samtykkekompetanse, og kap. 4A særlig om personer uten samtykkekompetanse som motsetter seg helsehjelpen.

<sup>90</sup> NOU 2019: 14, *Tvangsbegrensningsloven — Forslag til felles regler om tvang og inngrep uten samtykke i helse- og omsorgstjenesten*.

<sup>91</sup> NOU 2019: 14 pkt. 2.3.

At fengselshelsetjenesten skal være uavhengig av kriminalomsorgen, er et element i den norske importmodellen. I forbindelse med tvangstiltak følger det også av Mandelareglene, som angir at helsepersonell ikke skal ta del i beslutningen om bruk av «restrictive measures». Deres rolle i slike situasjoner er å overvåke innsattes helse, blant annet ved tilsyn minst en gang hver dag, og å gi rask helsehjelp dersom enten kriminalomsorgen eller den innsatte ber om det. De skal melde fra om negativ virkning på fysisk og mental helse, og ha autoritet til å anbefale endringer i isolasjonsordninger for å sikre at hverken fysisk eller mental helse forverres (regel 46 nr. 1–3). I norsk lovgivning er helsetjenestens rolle blant annet regulert av helsepersonellovens § 4 om krav til faglig forsvarlighet og omsorgsfull hjelp, og i yrkesetiske retningslinjer. Helsepersonells ansvar er dermed å ivareta pasientens helse og velferd, «i samsvar med prinsippet om «primum non nocere» (først av alt å ikke skade).»<sup>92</sup>

Rollefordelingen mellom kriminalomsorg og helsetjeneste skaper særlige spørsmål for gjennomføringen av tvangstiltak som er begrunnet i den enkeltes helse. Hvordan kan man sikre at kriminalomsorgens beslutninger om iverksettelse, gjennomføring og opphør tas på bakgrunn av tilstrekkelig medisinsk kompetanse? Hvordan kan regelverket sikre at helsepersonell ikke «blir fengselsbetjenter», og legitimerer tvang uten tilstrekkelig medisinsk begrunnelse? Prosessene må legge til rette for både samspill og uavhengighet.

Det finnes en stor litteratur om isolasjon i fengsel. Rettsvitenskapelig har blikket særlig vært vendt mot isolasjon besluttet av domstolen ved varetektsfengsling.<sup>93</sup> I retts sosiologi og kriminologi har litteraturen sett på isolasjon som fenomen generelt,<sup>94</sup> og også på rettens rolle i aktivisme for å begrense bruken av isolasjon.<sup>95</sup>

Bruken av det som i loven kalles sikkerhetsseng, i dagligtale oftere «belteseng», har fått mindre oppmerksomhet. Som den kanskje mest inngripende typen tvang, som kun kan brukes når det er nødvendig for å hindre selvskading, setter denne imidlertid viktige spørsmål på spissen. Rollen til helsepersonells rolle er vanskelig i møte med tvangens janusansikt: Et tiltak som belteseng skal være begrunnet i hensynet til den enkeltes helse, men har samtidig stort potensial for ytterligere helseskade.<sup>96</sup> Det er vanskelig å se for seg en mer total inngripen i den enkeltes autonomi. Jeg bruker regelverket for belteseng som utgangspunkt for den videre diskusjonen her.

---

<sup>92</sup> Sivilombudsmannens temarapport 2020, s. 13–14. Se også f.eks. de yrkesetiske retningslinjene for sykepleiere pkt. 2.8 og 2.10, tilgjengelig fra <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/yrkesetiske-retningslinjer> (lest 14. september 2021).

<sup>93</sup> Se Havre (2015) og Horn (2015).

<sup>94</sup> Se f.eks. Rua og Smith (2019).

<sup>95</sup> Kjersti Lohne og Marte Rua, «Rettspolitisk mobilisering og strategisk sakførsel mot isolasjon i norske fengsler», Nordisk Tidsskrift for Kriminalvidenskab, nr. 1 / 2021, s. 118–135.

<sup>96</sup> Sivilombudsmannen (2020), *Bruk av sikkerhetsseng i norske fengsler. Temarapport 2020*, s. 14. Tilgjengelig fra: <https://www.sivilombudsmannen.no/besoksrapporter/hoy-risiko-for-brudd-pa-forbudet-mot-umenneskelig-behandling-rapport-om-bruk-av-belter-i-fengslene-2/> (lest 14. september 2021).

## 5.2 Regelverk og praksis ved bruk av belteseng

Belteseng betyr i praksis at personen blir fastspent, og innebærer dermed et sterkt inngrep i både fysisk integritet og personlig autonomi, med fare for både fysiske og psykiske skader.<sup>97</sup> I fengsler skal det kun brukes «for å hindre en innsatt i å skade seg selv».<sup>98</sup> Bruken er omstridt. Tvangslovutvalget foreslo i NOU 2019: 14 å fase ut bruken av belteseng i psykisk helsevern.<sup>99</sup> Også internasjonalt går rettsutviklingen i retning av en stadig mer kritisk holdning til bruk av mekaniske tvangsmidler, særlig overfor mennesker med psykiske lidelser.<sup>100</sup> En mye omtalt sak i Norge endte med at staten innrømmet brudd på EMK art 3.<sup>101</sup>

Sivilombudsmannens forebyggingsenhet har tatt opp bruk av belteseng i en rekke av rapportene fra sine besøk i fengsler, og utga i 2020 en temarapport spesifikt om dette.<sup>102</sup> Undersøkelse av materiale fra perioden 2013–2018 viste at av de 18 høyrisikofengslene som har slik seng tilgjengelig, hadde 16 brukt den i perioden. Antallet tilfeller varierte imidlertid mye mellom fengslene. Det fantes en rekke tilfeller med nokså langvarig bruk av belteseng, og den lengste belteleggingen varte 3 døgn og 19.5 timer. Temarapporten gir grunnlag for å reise en rekke spørsmål ved om praksis er i samsvar med straffegjennomføringsloven, Kriminalomsorgens retningslinjer<sup>103</sup> og internasjonalt regelverk.

### *Kravet om at beltelegging må være «strengt nødvendig»*

Strfgjfl § 38 tredje ledd etablerer strenge vilkår for tvangsmidlene. Forholdene må gjøre det «strengt nødvendig»,<sup>104</sup> og mindre inngripende tiltak må være forsøkt forgjeves, eller «åpenbart» være utilstrekkelige. Lovteksten angir også at «Tvangsmidler skal brukes med varsomhet slik at ingen blir påført unødig skade eller lidelse».

I Sivilombudsmannens temarapport uttrykkes det bl.a. bekymring for at vedtakene var mangelfullt begrunnet. De fleste vedtakene manglet dokumentasjon på at andre, mindre inngripende tiltak var prøvd før beltelegging ble iverksatt. Mange av de innsatte ble også beskrevet som «rolig» underveis.<sup>105</sup> Det kan virke tvilsomt om kravet om «strengt

<sup>97</sup> Om skadevirkninger av «mekaniske tvangsmidler», se tvangslovutvalget NOU 2019: 14 punkt 10.5.2.2.3. Se også Sivilombudsmannen (temarapport 2020) s. 11–12.

<sup>98</sup> Straffegjennomføringslovens § 38 ser ut til å gi hjemmel for bruk av sikkerhetscelle og belteseng i en rekke ulike situasjoner (første ledd, bokstavene a–f). Kriminalomsorgens rundskriv snevrer imidlertid inn hva som kan begrunne belteseng: Det kan bare brukes «for å hindre en innsatt i å skade seg selv». Dersom formålet er å hindre skade eller angrep på eiendom eller andre, må det være sikkerhetscelle eller andre tiltak som brukes. Kriminalomsorgens rundskriv KSF-2008-9001, punkt 38.7.

<sup>99</sup> NOU 2019: 14, punkt 23.8.5.2.

<sup>100</sup> Sivilombudsmannen 2018, s. 9 med videre henvisninger

<sup>101</sup> Se blant annet oppslag i Advokatbladet: <https://www.advokatbladet.no/isolasjon-isolasjonsgruppen/saksoker-staten-for-ulovlig-isolasjon/141056> (datert 20. juni 2019, lest 14. september 2021) og <https://www.advokatbladet.no/advokatforeningen-isolasjon-isolasjonsgruppen/staten-erkjenner-brudd-pa-emk-artikkel-3-overfor-tidligere-innsatt/150907> (datert 8. mai 2029, lest 14. september 2021). Saken er også kort omtalt i Lohne & Rua (2021) s. 128.

<sup>102</sup> Sivilombudsmannen 2020.

<sup>103</sup> Kriminalomsorgens rundskriv KSF-2008-9001, punkt 38.7.

<sup>104</sup> For personer under 18 år må det være «tvingende nødvendig». Kriminalomsorgens rundskriv KSF-2008-9001 punkt 38.2 understreker at dette er et strengere krav, som innebærer at det kreves «fare for særdeles alvorlige skadefølger».

<sup>105</sup> Sivilombudsmannen 2020 s. 18.

nødvendig» da er oppfylt, holdt opp mot at EMD har fastslått krenkelse av artikkel 3 på grunnlag av at en innsatt ikke ble løsnet fra beltene selv om han ble beskrevet som «rolig».<sup>106</sup>

#### *Helsepersonells rolle i beslutningen om beltelegging*

Som nevnt ovenfor angir Mandelareglene at helsepersonells rolle skal være begrenset til å sørge for helsehensyn. Straffegjennomføringsloven angir at uttalelse fra lege «så vidt mulig» skal innhentes og «tas i betraktning» ved vurderingen av om sikkerhetsseng skal brukes.<sup>107</sup>

I rundt halvparten av tilfellene Sivilombudsmannen undersøkte, ble lege hverken rådspurt i forkant av eller «varslet snarest» i forbindelse med beltelegging. Rapporten gir også innsyn i mulige forklaringer på dette.<sup>108</sup> Fengselsbetjenter ga uttrykk for at dersom situasjonen oppsto på tidspunkter der fengselshelsetjenesten ikke var på jobb, ventet de med å varsle helsepersonell til fengselshelsetjenesten kom neste dag. I mellomtiden var alternativet å kontakte legevaktsleger som ofte manglet både tidligere kjennskap til den konkrete pasienten, og generell kunnskap om den helsemessige risikoen med å være beltelagt.

Helsetjenesten er ikke nødvendigvis enhetlig, og også andre sider av samspillet mellom ulike deler av helsevesenet er synlig i rapporten. Blant annet vises det til eksempler på at ansatte i kriminalomsorgen og personale i fengselshelsetjenesten *sammen* forsøkte å få innsatte overført til psykisk helsevern, men ble avvist av spesialisthelsetjenesten.

#### *Tilsyn under belteleggingen*

I straffegjennomføringsloven § 38 oppstilles krav om «kontinuerlig tilsyn» kun dersom den beltelagte er under 18 år. Retningslinjene gir her viktige presiseringer: Der det tidligere kun var krav om tilsyn fra fengselsbetjenter minst én gang i timen, ble det fra mars 2019 pålagt kontinuerlig tilsyn fra fengselsansatte i alle tilfeller der belteseng brukes.<sup>109</sup>

Sivilombudsmannen fant imidlertid at mange av fengslene ikke hadde oppdatert sine rutiner etter endringene i retningslinjene.<sup>110</sup> Ofte manglet tilsynsprotokollene informasjon om hvorvidt det faktisk hadde vært kontinuerlig tilsyn under belteleggingen.

Mandelareglene understreker helsepersonells særlige og uavhengige rolle i å overvåke helsen til personer underlagt tvangstiltak. I samme retning har EMD lagt vekt på mangelfullt

---

<sup>106</sup> *Julin mot Estland*, EMD 29. mai 2012, nr. 16563/08.

<sup>107</sup> Strgjl § 38, jf. retningslinjene.

<sup>108</sup> Sivilombudsmannen 2020 s. 15–16. Sivilombudsmannen fant også tilfeller der helsepersonell anbefalte sikkerhetsseng som tiltak, noe som er problematisk i lys av Mandelareglene.

<sup>109</sup> Kriminalomsorgens rundskriv, avsnitt 38.7. Når tvangsmidler som belteseng brukes i helseinstitusjoner, følger det direkte av lovteksten at pasienten alltid skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale, se phvl § 4-8 fjerde ledd.

<sup>110</sup> Sivilombudsmannen fant også at halvparten av helsetjenestene i fengsler som har sikkerhetsseng, ikke hadde ikke egne rutiner for deres rolle og oppgaver når innsatte legges i belter (2020 s.14).

tilsyn og for svak medisinsk oppfølging under beltelegging som momenter i vurderingen av om beltelegging utgjorde en krenkelse av EMK art 3.<sup>111</sup>

Også opplysninger om tilsyn fra *helsepersonell* manglet imidlertid ofte i tilsynsprotokollene, og i flere tilfeller hadde innsatte ligget mange timer i sikkerhetsseng uten tilsyn av helsepersonell. I noen tilfeller hadde helsepersonell vist til at deres tilsyn ikke var nødvendig, fordi fengselets ansatte var tilstrekkelig.<sup>112</sup>

Også i forbindelse med tilsyn kom skillet mellom fengselshelsetjenesten og den løse tilknyttede legevakten til syne. Sivilombudsmannen beskriver en sak der fengselets helsetjeneste mente at det var stor fare for liv og helse, og arbeidet for å få den innsatte overført til spesialisthelsetjenesten. Etter arbeidstid ble det gjennomført tilsyn av legevaktslege, som kun konstaterte at den innsatte ikke ønsket å være i fengsel. Legen bekreftet at den innsatte skulle bli liggende i belter inntil videre. Sivilombudsmannen uttrykker bekymring for svakhetene ved praktiseringen av tilsyn fra helsepersonell, og peker på kontrasten til rettssikkerheten innen psykisk helsevern, der det er lovfestet krav om kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale, helst med tilstedeværelse i samme rom, når pasienter beltelegges.<sup>113</sup>

#### *Varighet av beltelegging*

De helsemessige skadevirkningene av beltelegging, både fysisk og psykisk, øker over tid. Straffegjennomføringsloven § 38 krever at kriminalomsorgen skal vurdere «fortløpende» om det er grunnlag for å opprettholde tiltaket.<sup>114</sup>

I 2012 vurderte EMD om EMK artikkel 3 var krenket i en sak der belteleggingen hadde vart i 9 timer. EMD uttalte da blant annet at: «Confinement to a restraint bed, (...) should rarely need to be applied for more than a few hours». Domstolen konkluderte at «Having regard to the great distress and physical discomfort that the prolonged immobilisation must have caused to the applicant, the Court finds that the level of suffering and humiliation endured by him cannot be considered compatible with Article 3 standards».<sup>115</sup>

Sivilombudsmannen fant i sin studie at over halvparten av belteleggingene varte mer enn 10 timer. Omtrent 1/6 av tilfellene varte mer enn 19 timer.<sup>116</sup> Detaljert kunnskap om den enkelte saken er nødvendig for å vurdere om forbudet mot nedverdiggende behandling er

---

<sup>111</sup> *Henaf mot Frankrike*, EMD 27. november 2003, nr. 65436, avsnitt 47.

<sup>112</sup> Sivilombudsmannen 2020 s. 15–16.

<sup>113</sup> Når belteseng brukes i helseinstitusjoner, følger det direkte av loven et ufravikelig krav om at pasienten skal ha kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale, og som hovedregel skal pleiepersonalet oppholde seg fysisk i samme rom som pasienten, se phvl § 4-8 fjerde ledd. Denne loven stiller også strengere krav til medisinsk kompetanse hos den som fatter vedtak om belteseng, og regler om kontroll, § 4-8 femte ledd.

<sup>114</sup> Hvis sikkerhetsseng brukes mer enn 24 timer, skal bruken meldes til regionalt nivå, som skal ta stilling til om bruken skal fortsette. Overstiger det 3 døgn, skal det meldes til Kriminalomsorgsdirektoratet. Strgjfl § 38 femte ledd.

<sup>115</sup> *Julin mot Estland*, EMD 29. mai 2012, nr. 16563/08.

<sup>116</sup> Sivilombudsmannen 2020, s. 13.

krenket. Antallet saker med svært langvarig beltelegging gir likevel grunn til bekymring for at det finnes flere saker der dette har vært tilfelle.

#### *Diskriminering og grupper med særlig sårbarhet ved beltelegging*

Selv om beltelegging har som formål å beskytte, er virkemiddelet en nær total fratakelse av autonomi, og sterkt integritetskrenkende. Den enkelte blir gjort maktesløs. Noen grupper er ekstra utsatt for å få oppleve beltelegging som krenkende, og for å bli traumatisert eller på andre måter få skadelige virkninger på sin psykiske helse.

I belter er man uten mulighet for å forsvare seg, og å bli beltelagt kan være ytterligere krenkende eller skadelig for personer som tidligere har vært utsatt for overgrep og ulike former for seksuell utnyttelse. Statistisk sett gjelder dette i stor grad for kvinner som er innsatt i fengsel.<sup>117</sup> Likevel er kvinner sterkt overrepresentert blant de innsatte som hadde blitt beltelagt: i perioden 2013–2018 gjaldt 33 % av tilfellene kvinner, mens de kun utgjorde 6 % av de innsatte. Kvinner ble også oftere beltelagt flere ganger, og noen av de lengste belteleggingene gjaldt kvinner.<sup>118</sup> Å være naken vil kunne forsterke opplevelsen av sårbarhet, og de reviderte retningslinjene krever bekledning eller «tildekning». Dette har ikke alltid blitt fulgt i praksis.<sup>119</sup>

Personer med psykiske lidelser kan generelt være ekstra utsatt for skadelige konsekvenser av beltelegging, og EMD har påpekt at dette har betydning for om artikkel 3 er krenket.<sup>120</sup> Også FNs spesialrapportør mot tortur har påpekt at «(..) any restraint on people with mental disabilities for even a short period of time may constitute torture and ill-treatment».<sup>121</sup>

Å ha begrensede språkkunnskaper vil skape ytterligere sårbarhet ved beltelegging, ved å være til hinder for å kunne kommunisere med dem som har kontroll over en. Det er derfor svært bekymringsfullt at Sivilombudsmannen fant eksempel på at den beltelagte ba om tolk, uten at fengselet tilkalte dette.<sup>122</sup>

#### 5.3 Å sikre innsattes rettigheter ved bruk av svært inngripende tvang

Dagens norske regelverk for beltelegging i fengsel er problematisk. Dels er sentrale vilkår utelatt fra lovteksten: Belteseng kan kun brukes med det formål å hindre innsatte i å skade seg selv, og det skal da alltid være under kontinuerlig tilsyn. Ingen av disse reglene går frem av loven selv, de finnes kun i retningslinjene. Sterke reelle hensyn taler for å legge stor vekt

---

<sup>117</sup> Det finnes ikke data som ser på dette kun for kvinner som har vært beltelagt, men studier av kvinnelige innsatte generelt. Se Revold 2015 og Kriminalomsorgsdirektoratet 2015, *Likeverdige forhold for kvinner og menn under kriminalomsorgens ansvar*.

<sup>118</sup> Sivilombudsmannen 2020, s. 22. At kvinnelige innsatte er eller oppfattes som å være destruktive og selvskadende i større grad enn mannlige, er pekt på som en mulig delårsak til dette, se Hellebust, Smith, Lundeberg & Skilbrei 2021 s. 85. 137–139.

<sup>119</sup> Sivilombudsmannen 2020, s. 21.

<sup>120</sup> EMD, *Bures mot Tsjekkia*, nr. 37679/08, dom av 18.10.2012, avsnitt 85 og 88.

<sup>121</sup> Se FNs spesialrapportør mot tortur, Juan Mendez, rapport til FNs menneskerettighetsråd 1. februar 2013, A/HRC/22/53, side 14–15, avsnitt 63 og side 23, avsnitt 89 b).

<sup>122</sup> Sivilombudsmannen 2020, s. 22.

på retningslinjene her, men fraværet av klar lovtekst kan skape usikkerhet om hva gjeldende rett er.<sup>123</sup>

Videre er det klart at reglene om beltelegging i fengsel inneholder færre vilkår og kontrollmekanismer enn tilsvarende inngrep i psykisk helsevern. Lov om psykisk helsevern krever blant annet kontinuerlig tilsyn av pleiepersonale, vedtak kan kun fattes av helsepersonell med spisskompetanse, og kontrollkommisjonen skal gjennomgå alle vedtak om belter.<sup>124</sup> Lovverket etablerer dermed en forskjellsbehandling mellom innsatte og innlagte.<sup>125</sup> De store forskjellene i rettssikkerhetsgarantier er problematisk opp mot likhetsprinsipper og diskrimineringsvern.

Forholdet mellom helsetjeneste og kriminalomsorg er komplekst. Det finnes saker der kriminalomsorgen trosser klare faglige råd fra helsetjenesten.<sup>126</sup> Litteratur og rapporter peker imidlertid ikke entydig mot maktkamp mellom helsetjeneste, på den ene siden, og fengselsledelse, på den andre. Potensielle konfliktlinjer finnes innad i gruppene, og går på tvers av rollene.<sup>127</sup> Mange fengsler er avhengig av bistand fra den kommunale legevakten store deler av døgnet, og spørsmål om tvangstiltak oppstår akutt. Legevaktlegen kan mangle både kompetanse på slike tiltak, og kjennskap til pasient og kontekst. Dette kan medføre at legevaktlegen ikke kontaktes – eller at denne gjør vurderinger som ikke har godt nok faglig grunnlag.<sup>128</sup> Situasjoner der beltelegging er aktuelt, er krevende på mange måter. Både fengselet og spesialisthelsetjenesten – som ofte vil være alternativet – kan ha mangel på ressurser, og ønske at andre tar ansvaret for pasienten.<sup>129</sup>

Sivilombudsmannen finner at selv om menneskerettighetene ikke forbyr beltesenger på generelt grunnlag, innebærer det stor fare for krenkelser i konkrete situasjoner. Tamarapporten fra 2020 foreslår derfor å fjerne slike senger helt fra fengslene, snarere enn å foreslå strengere vilkår eller mer omfattende prosessuelle krav til bruken.<sup>130</sup> Våren 2022 opplyste Kriminalomsorgsdirektoratets årsrapport at direktoratet arbeider med en handlingsplan for å etablere alternativer til bruk av belteseng, med mål om at bruken skal avskaffes innen to år.<sup>131</sup>

---

<sup>123</sup> På andre punkter er det uklart om også veilederens retningslinjer er gode nok til å tilfredsstille de internasjonale retningslinjene.

<sup>124</sup> Phvl § 4-8, se særlig 4. og 5. ledd. Se også Helsedirektoratet, *Saksbehandlingsrundskriv for kontrollkommisjonene i det psykiske helsevernet* (IS-2016-6).

<sup>125</sup> Sivilombudsmannen 2020, s. 15.

<sup>126</sup> Se særlig Rua (2012) om en velkjent – og svært betent konflikt mellom fengselsledelse og fengselshelsetjenesten i Tromsø fengsel i perioden 2007–2010.

<sup>127</sup> Se Fredwall & Larsen (2020), samt Sivilombudsmannen 2020.

<sup>128</sup> Dette er problematisk holdt opp mot anbefalinger fra Komiteen for torturforebygging, se CPT 1993 avsnitt 75: «Prison doctors and nurses should possess specialist knowledge enabling them to deal with the particular forms of prison pathology and adapt their treatment methods to the conditions imposed by detention.»

<sup>129</sup> Beslektede spørsmål oppstår i forbindelse med gjennomføring av den strafferettslige særreaksjonen dom på tvungent psykisk helsevern, selv om dette ikke foregår i fengsler. Holsts materiale fra intervjuer med involvert faglig personale gir en rekke eksempler på at selv om behandling og samfunnsvern ikke nødvendigvis oppleves som å være i direkte *motstrid*, reiser det en rekke utfordringer knyttet til organisering, prioriteringer og avveininger. Se Holst 2020 kapittel 5.

<sup>130</sup> Sivilombudsmannen 2020, s. 24–25.

<sup>131</sup> Kriminalomsorgsdirektoratet, *Kriminalomsorgen. Årsrapport 2021, 2022* s. 52.

## 6. Avsluttende betraktninger

Et bredt blikk på fangers rett til helse retter søkelyset mot mange av spenningene som er innebygget i den sterke staten. Ved dom kan personer fratras friheten, men normalitetsprinsippet innebærer at straffedømte har rett til de samme velferdsytelser som andre, også helsetjenester. Menneskerettighetenes regler om retten til helse, og statens ansvar for å sikre denne, gjelder også for innsatte.

Selve frihetsberøvelsen innebærer uvegerlig inngrep i den enkeltes helseautonomi. En rekke problemer oppstår, knyttet til avhengighet, portvokterfunksjoner og konfidensialitet. Tilrettelegging er krevende, både økonomisk og praktisk, både for innsatte som sådan og for ulike grupper blant de innsatte. Både sikkerhetshensyn og hensyn til helse kan legitimere ytterligere inngrep og tvang. Beltelegging er et ytterpunkt, men ikke det eneste eksempelet på inngrep som gjøres av hensyn til helse, men som samtidig også har potensial til å skade.

Helse- og pasientlovgivningen er et av virkemidlene staten bruker for å gjennomføre sin plikt til å fremme og sikre retten til helse. Dersom de omfattende rettighetene denne lovgivningen gir, skal kunne realiseres for innsatte i fengsler, må imidlertid konteksten få mer oppmerksomhet enn importmodellen legger opp til. Spenninger mellom ulike formål og hensyn – knyttet til straff og omsorg, sikkerhet og autonomi, likhet og forskjell, kompetanse og ressurser – må tydeliggjøres, både mellom kriminalomsorg og helse, og innad i ulike deler av helsevesenet.<sup>132</sup> Og satsing på helse koster.

I Norge legger importmodellen opp til et krevende samspill mellom ulike deler av det offentlige. Tidligere helseminister Bent Høie forsøkte å forklare Stortinget den overordnede ansvarsfordelingen slik: «[Helseministerens] ansvar er å påse at innsatte i fengsel får oppfylt sine pasientrettigheter. Justisministerens ansvar er å legge til rette for at innsatte kan motta helsehjelp.»<sup>133</sup> Men selv om statens organisering fordeler ansvar og arbeidsoppgaver internt, forplikter menneskerettighetene som folkerett staten som sådan. Mer arbeid gjenstår, dersom retten til helse og vernet mot diskriminering skal realiseres for alle innsatte i norske fengsler.

---

<sup>132</sup> Holst 2020 gir en dyptpløyende analyse av spenningene mellom samfunnsvern og behandling i tilknytning til dom på tvungent psykisk helsevern, både i selve lovgivningsprosessen, i regelverket, og i praktiseringen av dette.

<sup>133</sup> Stortingsdebatt 22. april 2020, gjengitt i: *Stortingstidende Referat fra møter i Stortinget Nr. 71 · 22. april Sesjonen 2019–2020*, s. 3027. Tilgjengelig fra: <https://www.stortinget.no/globalassets/pdf/referater/stortinget/2019-2020/refs-201920-04-22.pdf> (lest 14. september 2021). Temaet for debatten var Innst. 325 S (2019-2020), *Innstilling fra kontroll- og konstitusjonskomiteen om Melding for året 2019 fra Sivilombudsmannen om forebygging av tortur og annen grusom, umenneskelig eller nedverdiggende behandling eller straff ved frihetsberøvelse*. Tilgjengelig fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Publikasjoner/Innstillinger/Stortinget/2019-2020/inns-201920-325s/> (lest 14. september 2021).